

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE ET UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE L'OUEST

FACULTE D'ÉDUCATION

Conditions de l'apprentissage expérientiel chez les résidents-es en médecine québécois-es et
chez les internes en médecine français-es

Par

François Xavier Kemtchuain Taghe (15003327; 216350)

Thèse en cotutelle

Présentée

à l'Université de Sherbrooke en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.) en
éducation, mention pédagogie de l'enseignement supérieur et des sciences de la santé

à l'Université Catholique de l'Ouest en vue de l'obtention du grade de docteur en éducation,
carriérologie et éthique (ECE).

Septembre 2020

© François Xavier Kemtchuain Taghe 2020

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE ET UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE L'OUEST

FACULTÉ D'ÉDUCATION

Par

François Xavier Kemtchuain Taghe (15003327; 216350)

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Pr. Abdelkrim, Hasni,

Président du Jury

Vice-doyen à la recherche et aux études supérieures en recherche

Université de Sherbrooke, Canada

Pr. Philippe Maubant,

Directeur de la recherche

Université de Sherbrooke, Canada

Pr. Bertrand Bergier

Co-directeur de la recherche

Responsable du doctorat

Université catholique de l'Ouest, France

Pr. Marc Boutet,

Membre interne du jury

Université de Sherbrooke, Canada

Pr Alain Bihan-Poudec,

Membre interne du jury

Université catholique de l'Ouest, France

Pr Christophe Gremion, évaluateur externe,

Membre du jury externe

Université de Lausanne, Suisse

Thèse acceptée le 21 décembre 2020.

DÉDICACES

Je dédie cette thèse à :

- Feue ma mère, Mme Bernadette NINFEING,
- La famille TAGUE
- Ma famille maternelle et paternelle, les familles KOM ET NONO
- Mes belles familles, les familles WOUMBE ET POUEDOGO
- Ma tendre épouse, Élvine Laure Megne
- Mes enfants, William Curtis Kemtchuain Tague, Chiara Abigaël Ninfeing Kemtchuain , Eva Metienkouen Kemtchuain et Kylian Patrick Pouedogo Kemtchuain.

REMERCIEMENTS

Ce travail de thèse, réalisé au sein du Centre de Recherche Interuniversitaire sur la Formation et la Profession Enseignante (CRIFPE) de l'Université de Sherbrooke et de l'Équipe de recherche Sujets, Sociétés, Territoires, Temporalités (2S2T) de l'Université Catholique de l'Ouest/France, s'est déroulée sous la direction des professeurs Philippe Maubant et Bertrand Bergier. Je suis très reconnaissant de m'avoir encadré et de m'avoir fait confiance au cours de ces années de doctorat. Les séjours passés en France et au Québec seront gravés sur ma mémoire. Si c'était à refaire, je n'hésiterai pas.

Je remercie le professeur Jean-Yves Robin pour m'avoir accompagné dans mon projet doctoral. Sa patience, sa disponibilité et surtout ses judicieux conseils ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je tiens aussi à remercier une fois de plus le professeur Bertrand Bergier pour avoir accepté de poursuivre le travail de co-direction commencé avec le Professeur Jean-Yves Robin. Ses judicieux conseils ont contribué à réaliser avec efficacité le cours Réalisation interculturelle (UE9), une partie importante de la méthodologie de la thèse.

Je remercie les professeurs Gaston Pineau, Pascal Galvani, Nicolas Fernandez pour leurs remarques constructives.

Je remercie le professeur Audrey Petit de la faculté de médecine d'Angers de m'avoir mis en relation avec les internes en médecine de l'Université d'Angers

Je remercie les professeurs René Brunet et Yves Roquelaure pour avoir soutenu ma demande d'autorisation d'enquêter auprès des internes en médecine d'Angers auprès de la direction de la faculté de médecine d'Angers

Je remercie grandement Francine Côté pour son assistance tout au long de mon parcours doctoral . Je lui souhaite de passer une retraite bien méritée.

Je remercie grandement Yolande Gaurion pour son assistance tout au long de mon parcours doctoral.

Je remercie aussi tous les agents de sécurité de l'Université de Sherbrooke/Campus de Longueuil pour leur encouragement tout au long de ce périlleux parcours doctoral. Votre bonsoir et votre bon courage, tous les soirs et à des heures tardives, dans mon bureau au 15^e étage, ont maintenu et renforcé la détermination que j'avais dès le début.

RÉSUMÉ

Cette étude s'ancre dans le contexte de la formation des médecins qui est celui de l'alternance (Bernadou, 1998). Comme stratégie pédagogique de la formation à l'enseignement professionnel, l'alternance est un va-et-vient indispensable à la connaissance qui permet au savoir scolaire de se confronter à la pratique et au savoir pratique de se formaliser (Abellea, 1991, dans Gagnon et Coll., 2010; Maubant et Roger, 2014). Seulement l'articulation souhaitée entre formation et travail rencontre dans le parcours de professionnalisation des futurs-es médecins français-es et québécois-es des difficultés ayant des effets immédiats à savoir détresse psychologique, abandon de programmes, développement de maladies mentales et cas avérés de suicides (FMRQ, 2014; ANEMF, 2017). Le corollaire de ces situations génératrices d'émotions négatives est la complexification de la mise en dialogue intégrative et réflexive des savoirs théoriques et des savoirs pratiques nécessaires à la transformation du-de la futur-e médecin (Robin et Vinatier, 2011). Curieusement, dans le concept de résidence au Québec ou d'internat en France se déployant dans le cadre d'un stage de troisième cycle des études médicales, obligatoire aux futurs-es médecins français-es et québécois-es et qui leur permet d'obtenir le droit d'exercer, certains-es réussissent à achever leur parcours alors que d'autres n'y parviennent pas. Ce qui amène à dire d'une part que l'accompagnement des étudiants-es, en situation d'apprentissage, ne serait pas optimal chez tous-tes les résidents-es ou internes en médecine et d'autre part, que l'accompagnement des étudiants-es ne permet pas de créer les conditions de leur apprentissage professionnel et que dès lors, ils-elles se tournent vers d'autres sources d'apprentissage. Ce qui pose la problématique de l'articulation entre formation expérientielle et formation formelle.

L'objectif général assigné à cette étude est de repérer les facilitateurs à l'intégration des périodes de formation expérientielles et formelles alors que ces publics sont exposés à l'adversité. Dans cet élan, le modèle théorique de l'autoformation existentielle de Pineau (1983) a été sollicité pour constituer le canevas d'entrevue.

La réalité humaine étant une construction sociale appartenant aux acteurs ou aux actrices de la situation en question (Paillé, 2016), nous avons laissé ces publics verbaliser leur vécu expérientiel afin de comprendre leur monde ainsi que les interrelations qu'ils entretiennent avec les phénomènes y sévissant. C'est pourquoi nous avons opté pour la recherche dite qualitative. Dans cette perspective exploratoire, la théorisation ancrée nous a été d'une importance particulière sur le plan méthodologique et notamment au niveau de l'analyse des données.

La particularité de cette méthode de recherche qualitative (Creswell, 2013) et d'analyse de données *dixit* Paillé (1994) réside non seulement dans la circularité de la démarche de recherche, mais aussi dans la stabilisation progressive de l'outil de recueil de données (entretien non directif, entretien semi-directif). Ce qui exige de la part de l'investigateur-trice, une modulation de sa posture avec l'évolution du canevas d'entretien. À l'issue de l'analyse des expériences vécues par les futurs-es médecins français-es et québécois-es, nous avons mis sur pied un modèle capable d'explicitier la contribution de l'autoformation existentielle expérientielle à la réussite d'un dispositif d'alternance.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
PROBLÉMATIQUE.....	4
1. L'ÉVOLUTION DE LA PÉDAGOGIE MÉDICALE, UNE HISTOIRE D'ALTERNANCE.....	4
11. Avant 1810 ,un apprentissage médical compagnonnique en Amérique du Nord.....	4
12 Avant 1910, un enseignement médical magistral en Amérique du Nord.....	5
13 1910, l'approche scientifique flexnérienne ou la nécessité d'exploiter les espaces-temps faculté-terrain clinique.....	7
14 Les années 2000, l'APC ou l'émergence du concept d'apprentissage en situation.....	11
2. APPRENDRE EN SITUATION, UNE GAGEURE POUR LES RÉSIDENTS-ES ET LES INTERNES EN MÉDECINE.....	13
21. Au cœur de la situation de travail : la souffrance?	14
211. .Spécificités de la souffrance vécue en situation de travail	15
2.1. 1.1 . Une souffrance choisie par les résidents-es et les internes en médecine	16
2112 .Une souffrance subie par les résidents - es et les internes en médecine.....	16
212 Déterminants de la souffrance en situation chez les résidents-es ou chez les internes en médecine.....	17
2.1.2.1 Difficulté d'encadrer les résidents-es et les internes en médecine... ..	18
2122 Curriculum caché, enjeu complexe du processus d'apprentissage professionnel.....	22
2123 Contexte organisationnel défavorable au travail collectif.....	24

2124	Harcèlement psychologique préjudiciable à l'apprentissage professionnel	26
2125	Stresseurs occupationnels complexifiant l'appropriation des apprentissages expérientiels.....	28
2126	. La conciliation travail- famille vécue par les résidents- es et les internes en médecine.....	29
2127	. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn - out chez les internes ou les résidents -es en médecine	31
22	Les conditions favorables à l' apprentissage en situation des résidents - es et des internes en médecine	35
221.	La communication de la souffrance.....	38
222	. ....
	Les structures d' aide aux résidents -es et internes en médecine en souffrance	40
223.	. ....La pensée techniciste au cœur de la gestion des structures de santé.....	42
224.	. Les pratiques des cliniciens- nes enseignants- es et des responsables universitaires 44	
225.	. Les..... préoccupations des résidents- es ou des internes en médecine	49
23	Problème et questions de recherche.....	58
	COMPOSANTES DU CADRE THÉORIQUE.....	61
1.	UN ARGUMENTAIRE SUR LA PLUS VALUE DE L' ALTERNANCE	64
2.	DÉVELOPPEMENT DE L'ALTERNANCE, REGAIN DE L'APPRENTISSAGE EN SITUATION DE TRAVAIL... ..	67

3.	LA SITUATION DE TRAVAIL, LIEU D'UNE VÉRITABLE ALTERNANCE DANS LES FORMATIONS DUALES	70
3.1.	Le modèle de l'apprentissage expérientiel de Dilthey.....	71
3.2.	La situation soutient le caractère expérientiel de l'apprentissage : le cas de Dilthey.....	78
321.	. La situation de travail, lieu d'apprentissage dans sa complexité interactionnelle.....	78
322.	. En situation de travail, l'apprentissage est intentionnel de la part de l'apprenant-e.....	80
323.	. La prise en compte des allants de soi cognitifs, sociaux et émotifs.....	82
4.	LE PROBLÈME SPÉCIFIQUE ET L'OBJECTIF DE RECHERCHE	83
5.	SCHÉMA GÉNÉRAL DE LA PROBLÉMATIQUE, DU CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE	85
	MÉTHODOLOGIE	87
1.	CONTEXTE DE L'INVESTIGATION.....	87
2.	UNE RECHERCHE DE TYPE EXPLORATOIRE	88
3.	IDENTIFICATION DE LA POPULATION DE RÉFÉRENCE... ..	89
3.1.	Types de population : population-source, population cible.....	89
3.2.	Description de la méthode d'échantillonnage	90
321.	. Définitions et présentations des différentes méthodes d'échantillonnage	90
322.	La particularité de l'échantillonnage théorique.....	91
323.	. L'apport de la démarche d'échantillonnage théorique à notre travail	92
33.	Critères d'inclusion et d'exclusion devant nous permettre de constituer notre échantillon	94

4	LA THÉORISATION ANCRÉE COMME MÉTHODE DE RECUEIL ET D'ANALYSE.....	95
4.1.	Définition de la théorisation ancrée dans le sillage de la théorie ancrée originelle.....	95
4.2.	La théorisation ancrée utilisée comme méthode de recherche qualitative	96
4.3.	La théorisation ancrée utilisée comme méthode d'analyse qualitative	97
5	INSTRUMENTATION ET INSTRUMENT DE COLLECTE DE DONNÉES	99
5.1.	L'instrumentation privilégiée dans notre travail doctoral	99
5.2.	L'instrumentation privilégiée et ses implications instrumentales.....	100
5.3.	L'instrument de collecte privilégié dans notre travail doctoral	100
5.4.	L'élaboration du guide d'entretien	101
5.5.	Les volets du guide d'entretien	104
551.	. ..... Un formulaire de consentement	104
552	. ..... La fiche signalétique.....	104
553.	. ..... Le guide d'entretien.....	105
5.6.	La stabilisation progressive de l'instrument de collecte de données	106
561.	. ..... Passage progressif de l'entretien non directif à l'entretien semi-directif	107
562	. ..... Les	

interactions du- de la chercheur-e face à face en théorisation ancrée.....	109
5621. . La préparation du- de la participant- e à l'étude à l'entretien.....	109
5622 . L'entretien est un cadre argumentatif privilégié pour produire des données discursives.....	109
5623. . L'entretien est une rencontre interculturelle imposée par l'enquêteur ou l'enquêtrice pour des besoins référentiels.....	110
5624 . L'itération tri-dimensionnelle comme participation du sujet à l'étude et comme élément de validité de l'étude.....	111

6 LA SITUATION DES TRAVAUX DANS L'INTERRELATION ENTRE LA RECHERCHE, LA FORMATION ET LA PRATIQUE.....	113
61. La recherche.....	113
62. La formation.....	114
63. La pratique.....	115
DÉROULÉ DES OPÉRATIONS ANALYTIQUES.....	116
1. LES DONNÉES RECUEILLIES.....	116
2. LA THÉMATISATION DES DONNÉES COLLECTÉES.....	119
2.1. La codification des données.....	120
2.2. La réduction des données collectées en thèmes et sous-thèmes.....	121
3. L'ANALYSE DES PRODUCTIONS BIOGRAPHIQUES DU CÔTÉ FRANÇAIS.....	125
3.1. L'examen phénoménologique des productions biographiques... ..	126
3.1.1. Définition de l'examen phénoménologique.....	126
3.1.2. Processus de production d'un examen phénoménologique, l'exemple d'Emma.....	128
3.1.3. L'analyse des productions biographiques d'Emma à l'aide des catégories	

conceptualisantes...	131
3.1.4. La théorisation/modélisation des situations et processus d'autoformation d'Emma.....	150
3.1.4.1. L'intégration des données.....	150
32. L'analyse des productions biographiques de Marjolaine, deuxième interne en médecine : l'émergence progressive du modèle.....	155
33. L'analyse des productions biographiques de quatre autres participants-es : la consolidation du modèle.....	163
4. L'ANALYSE DES PRODUCTIONS BIOGRAPHIQUES DU CÔTÉ QUÉBÉCOIS	168
4.1. Mise en exergue du concept et du critère de comparaison	168
4.2. Comparaison du processus d'autoformation français avec celui québécois.....	170
4.2.1. Analyse des processus biographiques de William, résident en médecine... ..	170
4.2.2. L'analyse des productions biographiques d'Élvine, la recherche des occurrences et/ou des divergences au modèle québécois.....	179
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ET INTERPRÉTATION.....	186
1. PORTRAITS/RÉCITS PHÉNOMÉNOLOGIQUES DES RÉSIDENTS-ES OU DES INTERNES EN MÉDECINE PARTICIPANT À L'ÉTUDE.....	187
1.1. Le récit phénoménologique d'Emma.....	187
1.2. Le récit phénoménologique de Marjolaine	191
1.3. Le récit phénoménologique d'Élvine.....	197
1.4. Le récit phénoménologique de William... ..	202
2. PORTRAIT TRANSVERSAL DU VÉCU EXPÉRIENTIEL DES RÉSIDENTS-ES ET DES INTERNES EN MÉDECINE.....	207
2.1. Déterminants de la souffrance subie et réactions chez les jeunes médecins en formation... ..	208
2.1.1. Charge de travail élevée et contraintes de temps... ..	209

2.1.2.	Aliénation et accélération du rythme de travail.....	210
2.1.3.	Dévalorisation du repos de sécurité.....	212
2.1.4.	Difficulté à gérer l'équilibre travail et vie personnelle.....	212
2.1.5.	Chaos vocationnel et le moi destabilisé.....	214
2.1.6.	Assujettissement dans les affects, une réponse négative à la souffrance.....	216
3.	LE DÉ-ASSUJETTISSEMENT DANS LES AFFECTS, UNE RÉPONSE POSITIVE À LA SOUFFRANCE... ..	222
3.1.	Le développement des facteurs de protection.....	222
3.1.1.	Nécessité de développer des facteurs de protection individuels... ..	224
3.1.2.	Perception du risque et développement des facteurs de protection interactionnels... ..	228
3.1.3.	Le développement des facteurs de protection environnementaux.....	243
3.2.	Nécessité d'une croissance post-traumatique.....	251
3.3.	En quoi la synergie facteurs de protection/facteurs de néo-développement s'apparente- t-elle à une causalité rétroactive?.....	256
3.4.	Causalité rétroactive ou émergence du <i>self</i>	265
3.4.1.	Le-la futur-e médecin, une analogie du système ouvert.....	272
3.4.2.	Complexité systémique et auto-organisation.....	276
3.4.3.	Une émergence : l'autonomie dépendante.....	286
3.4.3.1.	Autonomie encadrée par l'attribution de la reconnaissance.....	287
3.4.3.2.	L'autonomie comme expression des capacités favorisée par le collectif... ..	291
3.4.3.3.	L'autonomie comme capacité d'action dans un collectif de travail	294
3.5.	Autonomie et autodirection.....	297
3.5.1.	Subjectivation dans la transaction relationnelle.....	298
3.5.2.	Capacité d'autorégulation exprimée par le contrôle de l'apprentissage....	307
3.5.3.	L'autodétermination concrétisée dans le contrôle pédagogique de la	

formation.....	322
3.5.3.1. Le contrôle sur les moyens mesurant l'atteinte des objectifs d'apprentissage	323
3.5.3.2. Le contrôle sur le où apprendre : les lieux d'apprentissage.....	329
3.5.3.3. Le contrôle sur le quand apprendre : les temps de l'apprentissage	333
3.5.3.4. Le contrôle sur le qu'est-ce qui facilite l'apprentissage.....	335
3.5.3.5. Le contrôle sur le « quoi apprendre ».....	338
3.5.3.6. Contrôle sur le « comment l'apprendre » : les conceptions de l'apprentissage	339
3.6. L'autoformation expérientielle boostée par l'autodirection des apprentissages.....	354
3.6.1. Le-la patient-e expert-e, un reflet de connaissances.....	356
3.6.2. Le recours aux références infirmières comme savoirs expérientiels... ..	359
3.6.3. Investissement dans des activités co-formatives pour réussir les apprentissages... ..	368
3.6.3.1. Le croisement des savoirs.....	364
3.6.3.2. Le croisement des pratiques.....	367
3.6.3.3. Travail collaboratif internes/internes et/ou résidents-es/résidents-es, co-construction du savoir-être.....	369
3.6.4. La relation formatrice entretenue avec l'environnement ou écoformation.....	374
3.6.4.1. Le-la conjoint-e en bref : une soupape de sécurité.....	374
3.6.4.2. La mère, une galvanisatrice motivationnelle, un écoformateur efficace.....	376
3.6.4.3. Le père d'Emma, un passeur.....	379
3.6.4.4. Apprentissage favorisé par des moyens sophistiqués.....	382
3.7. La formation de soi par soi à partir des relations formatrices : une nécessité existentielle	385
3.7.1. L'autoformation existentielle, un processus de formation intégrant en	

situation les apprentissages expérientiels et apprentissages formatifs.....	385
3.7.2. Un voyage vers la transformation de soi.....	390
3.7.3. Vers la recherche du sens.....	392
DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	401
1. LA NÉCESSITÉ DE CRÉER DES ESPACES-TEMPS TRANSITIONNELS- EXPÉRIENTIELS	401
1.1. Ce qui est en crise, c'est la relation humaine en situation.....	401
1.2. L'espace-temps transitionnel-expérientiel.....	404
1.3. La contribution des patients-es à la sauvegarde des savoirs expérientiels.....	408
2. L'EPORTFOLIO, UNE MÉDIATION CONTRÔLANTE ET STRUCTURANTE DES SAVOIRS EXPÉRIENTIELS.....	408
3. SAVOIRS EXPÉRIENTIELS ET RÉGULATION ÉMOTIONNELLE CHEZ LES JEUNES MÉDECINS EN FORMATION.....	411
4. L'ACCOMPAGNEMENT DES FORMATEURS ET FORMATRICES DES JEUNES MÉDECINS EN FORMATION.....	412
5. L'ACCOMPAGNEMENT À L'AUTOFORMATION DES RÉSIDENTS-ES ET DES INTERNES EN MÉDECINE.....	418
CONCLUSION	418
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	426
ANNEXE A. LE PARCOURS DES ÉTUDES EN MÉDECINE EN FRANCE ET AU QUÉBEC.....	477
ANNEXE B. DÉFINITIONS, CONCEPTIONS ET DIMENSIONS DE L'AUTOFORMATION	538
ANNEXE C. LA PROFESSIONNALISATION DES PARCOURS DE FORMATION	560
ANNEXE D. EXEMPLE DE PRODUCTION DE QUELQUES ÉNONCÉS PHÉNOMÉNOLOGIQUES DES PRODUCTIONS BIOGRAPHIQUES D'EMMA... ..	572

ANNEXE E. CANEVAS D'ENTRETIEN PRÉLIMINAIRE	576
ANNEXE F. LE GUIDE D'ENTRETIEN EN VOIE DE STABILISATION... 578	
ANNEXE G. EXEMPLES D'ANALYSE CONCEPTUELLE D'EXTRAIT TIRÉ DE LA PRODUCTION BIOGRAPHIQUE D'EMMA.....	582
ANNEXE H. INTÉGRATION DES CATÉGORIES FAISANT PARTIE DE LA MODÉLISATION DU PROCESSUS D'AUTOFORMATION D'EMMA... ..	585
ANNEXE I. EXEMPLE DE DÉCOUPAGE DE VERBATIM D'EMMA EN THÈMES ET/OU SOUS-THÈMES	620
ANNEXE J. EXEMPLE DE PRODUCTION DE QUELQUES ÉNONCÉS PHÉNOMÉNOLOGIQUES DES PRODUCTIONS BIOGRAPHIQUES DE MARJOLAINE.....	629
ANNEXE K. EXTRAIT D'ANALYSE CONCEPTUELLE DES PRODUCTIONS BIOGRAPHIQUES DE MARJOLAINE.....	641
ANNEXE L. INTÉGRATION DES CATÉGORIES FAISANT PARTIE DE LA MODÉLISATION DU PROCESSUS D'AUTOFORMATION DE MARJOLAINE.....	648
ANNEXE M. LES SITUATIONS ET DÉTERMINANTS DE LA SOUFFRANCE CHEZ LES INTERNES	663
ANNEXE N. INTÉGRATION DES CATÉGORIES FAISANT PARTIE DE LA MODÉLISATION DU PROCESSUS D'AUTOFORMATION DE WILLIAM	674
ANNEXE O. INTÉGRATION DES CATÉGORIES FAISANT PARTIE DE LA MODÉLISATION DU PROCESSUS D'AUTOFORMATION D'ÉLVINE...697	
ANNEXE P. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉTHIQUE.....	721
ANNEXE Q. APPROBATION FINALE DE NOTRE PROJET DE RECHERCHE.....	726
ANNEXE R. ENTREVUE RÉALISÉE AUPRÈS D'EMMA... ..	727
ANNEXE S. ENTREVUE RÉALISÉE AUPRÈS DE MARJOLAINE	789
ANNEXE T. ENTREVUE RÉALISÉE AUPRÈS DE WILLIAM.....	851

ANNEXE U. ENTREVUE RÉALISÉE AUPRÈS D'ELVINE.....	877
ANNEXE V. ENTREVUE RÉALISÉE AUPRÈS D'EVA.....	925
ANNEXE W. ENTREVUE RÉALISÉE AUPRÈS DE CHIARA, DE L'INFIRMIÈRE ET DE L'ÉTUDIANT DE 4^E ANNÉE DE MÉDECINE.....	938
ANNEXE X. STRATÉGIE DE REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE N01... ..	979
ANNEXE. X1. STRATÉGIE DE REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE N0.2... ..	980
ANNEXE X2. LISTE NON EXHAUSTIVE DE TRAVAUX RETENUS	981
ANNEXE Y. DIFFÉRENCE ENTRE LA THÉORIE ANCRÉE ET LA THÉORISATION ANCRÉE	986
ANNEXE Z. RETOURS DES PERSONNES INTERVIEWÉES SUR LE RAPPORT FINAL.....	988

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Parcours des études médicales au Québec et en France.....	9
Tableau 2. Impacts des difficultés vécues sur le parcours de résidence et d'internat au Québec et en France	33
Tableau 3. Une vue d'ensemble des données recueillies.....	118
Tableau 4. Exemple de découpage de <i>verbatim</i> en thèmes et/ou sous-thèmes.....	121
Tableau 6. Extraits des récits phénoménologiques d'Emma.....	129
Tableau 10. Définition et propriétés de la catégorie susmentionnée.....	136
Tableau 13. Extraits des récits phénoménologiques de Marjolaine.....	156
Tableau 19. Points de dissimilitude entre les éléments facilitant ou complexifiant le processus d'autoformation des internes en médecine et des résidents-es en médecine.....	182
Tableau 20. Les facilitateurs de l'apprentissage expérientiel et de l'autoformation repertoriés	419

LISTE DES FIGURES

Schéma 1. L'objet diltheyien...	74
Schéma 2. La recherche chez Dilthey...	75
Schéma 3. Cycle de l'apprentissage expérientiel chez Dilthey...	77
Schéma 4. Carte heuristique intégrant problématique, question de recherche, cadre théorique et problématique.....	86
Schéma 5. Démarche d'échantillonnage théorique.....	93
Schéma 6. Circularité de la démarche en théorisation ancrée.....	107
Schéma 7. Interconnexion entre les différentes phases du cheminement d'Emma.....	138
Schéma 8. Mise en relation de certaines catégories d'un aspect du processus d'apprentissage par soi d'Emma	140
Schéma 9. Aperçu de situations périlleuses vécues par Emma.....	150
Schéma 10. Interrelation entre les leviers autoformateurs et les obstacles à l'autoformation dans le parcours d'Emma	152
Schéma 11. Poids des leviers autoformateurs sur leurs obstacles dans le parcours de professionnalisation d'Emma	154
Schéma 12. Interrelation entre les leviers autoformateurs et les freins à l'autoformation dans le parcours de Marjolaine.....	160
Schéma 13. Poids des leviers autoformateurs sur les freins à l'autoformation de Marjolaine.....	162
Schéma 14. Le cadre de comparaison de notre étude	170
Schéma 15. Interrelation entre les leviers autoformateurs et les freins à l'autoformation dans le parcours de William.....	173
Schéma 16. Poids des leviers autoformateurs sur leurs obstacles dans le parcours de professionnalisation de William	174
Schéma 17. Domination de l'interne ou du-de la résident-e en médecine par le stress.....	216
Schéma 18. Les contraintes à l'origine de la souffrance des jeunes médecins en formation.....	220

Schéma 19. Éléments témoignant d'une certaine capacité autorégulatrice.....	227
Schéma 20. Les qualités personnelles ou facteurs de protection individuelles émergents en situation	227
Schéma 21. Autorégulation émotionnelle collective favorisée par le soutien social entre les pairs	232
Schéma 22. Autorégulation du sentiment de culpabilité favorisée par le soutien social intracorporatif	234
Schéma 23. Autorégulation favorisée par le soutien social intra-extracorporatif.....	237
Schéma 24. Autorégulation favorisée par le soutien social extracorporatif.....	240
Schéma 25. Les facteurs de protection émergents des interactions en situation de travail....	240
Schéma 26. Les facteurs de protection environnementaux émergents en situation de travail	246
Schéma 27. Contribution du soutien de la mère à la gestion de l'ambivalence émotionnelle...	248
Schéma 28. Intégration des différents types de facteurs de protection en situation de travail...	250
Schéma 29. Les facteurs de néo-développement émergents en situation.....	255
Schéma 30. Explicitation graphique de la persistance du blocage chez Marjolaine.....	258
Schéma 31. Association de la dégénération à la désorganisation vécue par Marjolaine en situation	260
Schéma 32. Synergie facteurs de protection/néo-développement associée à une causalité rétroactive	264
Schéma 33. Les obstacles à l'apprentissage vécus par Marjolaine.....	265
Schéma 34. Dysfonctionnement récursif complexifiant la régénération affective observée chez Marjolaine.....	268
Schéma 35. Fonctionnement récursif optimal.....	270
Schéma 36. Le foyer désorganisationnel de Marjolaine	273
Schéma 37. Séquentialisation d'ouverture et de fermeture organisationnelle	282
Schéma 38. Le foyer auto-organisationnel invisible d'Elvine, d'Emma et William	284
Schéma 39. Subjectivation dans la transaction relationnelle supportée par l'autoorganisation vivante	305

Schéma 40. Hiérarchisation des tâches par listes d'objectifs.....	318
Schéma 41. Stratégie retenue pour concilier famille et travail	319
Schéma 42. Subjectivation dans la satisfaction des besoins et foyer auto-organisationnel invisible	321
Schéma 43. Conceptions des processus d'apprentissage expérientiel.....	350
Schéma 44. Contrôle de l'apprentissage et foyer autoorganisationnel invisible	352
Schéma 45. Intégration en situation des sources expérientielles	355
Schéma 46. Collaboration infirmières-futurs-es médecins	362
Schéma 47. Interrelations entre les trois dimensions du savoir.....	373
Schéma 48. Visualisation schématique de l'autoformation existentielle.....	396
Schéma 49. Processus d'autoformation existentielle des résidents-es et des internes en médecine	399
Schéma 50. Espace-temps transitionnels-expérientiels	405

INTRODUCTION

Le contexte de formation des médecins est celui de l'alternance (Bernadou, 1998). Comme stratégie pédagogique de la formation à l'enseignement professionnel et universitaire, l'alternance est un va-et-vient indispensable à la connaissance qui permet au savoir scolaire de se confronter à la pratique et au savoir pratique de se formaliser. Seulement l'articulation souhaitée entre formation et travail rencontre dans le parcours de professionnalisation des résidents-es et des internes en médecine des difficultés ayant des effets immédiats à savoir détresse psychologique, abandon de programmes, développement de maladies mentales et cas avérés de suicides (FMRQ, 2014; ANEMF, 2017). Le corollaire de ces situations génératrices d'émotions négatives est la complexification de la mise en dialogue intégrative et réflexive des savoirs théoriques et des savoirs pratiques. Pourtant celle-ci est nécessaire à la transformation du-de la résident-e et de l'interne en médecine.

Curieusement, l'observation de l'achèvement du parcours de professionnalisation par certains-es étudiants-es inscrits-es en résidence ou en internat nous amène à nous demander quelles stratégies ou quelles démarches ceux-ci ou celles-ci développent pour réussir leur formation en résidence et/ou en internat en médecine. Plus précisément, étant donné que tout au long de son processus de professionnalisation, l'impétrant-e est en situation d'autonomisation, quels sont les facilitateurs des processus d'apprentissage expérientiel constitutifs des parcours de professionnalisation des résidents-es en médecine du Québec ou des internes en médecine de France?

Notre étude est de type interprétatif (Heidegger, 1990)¹. Nous voulons appréhender ce que pourrait être la formation expérientielle des résidents-es et des internes en médecine confrontés-es à des situations limites et qui vivent pour certains-es leur quotidien professionnel sous le mode de la détresse psychologique. Cette étude concerne les étudiants-es en médecine inscrits-es au troisième cycle des études médicales dans les facultés de médecine françaises et québécoises. La faisabilité de l'étude a été pour beaucoup dans le choix de ces deux territoires. Nous pouvions facilement accéder aux passeurs-ses² susceptibles de nous mettre en relation avec les responsables universitaires. Ceux-ci ou celles-ci ont mobilisé les facultés de médecine. Ce qui a allégé le travail de recrutement des participants-es à l'étude.

L'objectif général assigné à cette recherche est de décrire un modèle d'apprentissage expérientiel chez des résidents-es et des internes en médecine engagés-es dans une formation médicale par alternance. Plus spécifiquement, nous visons à décrire et à analyser les conceptions des résidents-es et des internes en médecine des processus d'apprentissage expérientiel en jeu dans les parcours de professionnalisation des résidents-es et des internes en médecine de France et du Québec; identifier et analyser les facilitateurs des processus d'apprentissage expérientiel en jeu dans les parcours de professionnalisation des résidents-es en médecine du Québec et des internes en médecine de France; repérer et caractériser, parmi ces facilitateurs, ceux relevant de situations et de processus d'autoformation.

Notre travail s'articulera autour de huit parties. La première partie s'attèle à positionner notre travail dans l'évolution de la pédagogie médicale. Elle présente l'autoformation comme étant

¹Ouvrage original publié en 1927 en allemand sous le nom de M. Heidegger sous le titre *Sein und Zeit*, Halle, Allemagne : Max Niemeyer

² Un passeur ou une passeuse est une personne qui a facilité la rencontre avec les personnes susceptibles de nous aider à entrer en relation avec les résidents-es ou les internes en médecine.

une nécessité existentielle au processus d'apprentissage expérientiel des futurs-es médecins inscrits-es dans une formation médicale par alternance. La deuxième partie traite de la situation du problème d'autonomisation du-de la résident-e ou de l'interne en médecine engagé-e dans une formation médicale par alternance. Quant à la troisième partie, elle se propose de mettre à disposition le cadre de référence dans lequel nous allons engager notre réflexion pour penser les conditions de la professionnalisation des résidents-es et des internes en médecine engagés-es dans une formation médicale par alternance. La quatrième partie expose la méthodologie utilisée pour collecter les données. Elle comporte aussi une section réservée à la situation de notre travail dans l'interrelation entre la recherche, la formation et la pratique. La cinquième partie expose le déroulé des opérations analytiques. La sixième partie comporte le rapport final de la recherche. C'est dans ce rapport que le lecteur ou la lectrice découvrira le processus d'autoformation expérientielle existentielle des futurs-es médecins français-es et québécois-es engagés-es dans une formation médicale de troisième cycle. La septième partie met à disposition la discussion des résultats de la recherche. Dans la partie conclusive du travail, le lecteur ou la lectrice pourra découvrir non seulement les pistes de recherche dans le domaine de l'autoformation ainsi que les propositions d'amélioration des dispositifs de formation se réclamant de l'alternance et ayant à cœur l'autoformation comme modalité d'apprentissage autonome.

PROBLÉMATIQUE

1. L'ÉVOLUTION DE LA PÉDAGOGIE MÉDICALE, UNE HISTOIRE D'ALTERNANCE

Ce chapitre vise à familiariser le lecteur ou la lectrice avec l'évolution de la pédagogie médicale. Née en Amérique du Nord, la pédagogie médicale prend son essor sur une pratique médicale déjà existante pour améliorer les conditions d'enseignement et d'apprentissage dans l'espace occupé par la médecine. Il serait illusoire de faire une étude exhaustive du champ relatif à l'enseignement et à l'apprentissage de la médecine, son histoire³ se perdant dans la nuit des temps. Commençons donc avec l'apprentissage compagnonnique de la médecine adopté jusqu'en 1810, date à partir de laquelle le foisonnement d'écoles de médecine est observé en Amérique du Nord.

1.1. Avant 1810, un apprentissage médical compagnonnique en Amérique du Nord

L'incapacité des familles américaines du Nord à assister financièrement leurs enfants durant toutes les études universitaires médicales dans les outre-mer justifie la formation médicale par compagnonnage. S'inscrivant dans une rupture avec la forme scolaire, l'apprentissage compagnonnique en médecine offre une façon de se former. Le-la formateur-trice est soit un compagnon formateur⁴ ou un-e médecin chevronné-e⁵. Une fois l'apprentissage terminé, le-la formateur/formatrice soumet la candidature du-de la postulant-e au gouvernant local. Celui-ci convoque un comité d'évaluation qui mesure les compétences médicales développées par rapport

³ L'histoire du champ relatif à l'enseignement et à l'apprentissage de la médecine

⁴ Au Canada et principalement au Québec, le droit d'exercer la médecine est relié à la loi de 1788 soit avoir passé un apprentissage compagnonnique d'une durée d'au moins 5 ans ou alors détenir un diplôme de médecine reconnu par une université européenne.

⁵ Médecin ayant reçu une formation médicale européenne.

aux objectifs préalablement fixés. Le droit d'exercer la médecine est alors attribué par l'autorité locale si le-la candidat-e remplit les critères attendus.

Après cet apprentissage médical compagnonnique, certains-es médecins⁶ originant des familles riches se permettent une courte période de formation dans les écoles de médecine européennes. Il faudra attendre 1765 aux États-Unis et 1824 au Canada pour assister à l'ouverture des premières facultés de médecine américaines du Nord qui abrogent l'apprentissage compagnonnique.

Cependant, l'accès à ces nouveaux centres de formation universitaires des médecins n'est pas basé sur l'excellence du dossier académique, encore moins sur la compétition : « on admettait sans difficulté à peu près n'importe quel candidat et on offrait une formation facile conduisant assurément au diplôme » (Ferland, 1987, p.5). On va assister à l'inauguration d'une formation se faisant totalement dans des structures externes au monde de travail : « il était donc possible jusqu'au début du 20^e siècle d'acquérir une formation médicale sans être allé dans un hôpital » (*Ibid.*, p.9).

1.2. Avant 1910, un enseignement médical magistral en Amérique du Nord

L'apprentissage ne se faisant pas au pied du malade, on peut conclure que l'enseignement se réduisait à l'exposition des objets d'apprentissage. D'ailleurs, « la plupart des écoles de médecine n'avaient pas de lien hospitalier » nous apprend Ferland (1987, p.5). On assiste donc à l'inauguration d'une acquisition des connaissances déclaratives et conditionnelles, démarche

⁶ originant des familles riches.

s'inscrivant dans une relation linéaire et directe entre l'enseignant-e, détenteur ou détentrice des connaissances et l'apprenant-e qui mémorise les messages.

La réforme flexnérienne⁷ arrive à point nommé pour apporter des modifications majeures dans la formation médicale à partir des indicateurs : « à partir de 1908, Flexner a visité 155 écoles de médecine aux États-Unis et au Canada en l'espace de huit mois, dont certaines à plusieurs reprises. Il a examiné leurs critères d'admission, le nombre de professeurs par rapport au nombre d'étudiants, leurs finances, la disponibilité des laboratoires et l'accès aux hôpitaux » (Koch, 2019, p.25). Les résultats issus de son analyse des données collectées à partir d'un questionnaire standardisé qui « n'était pas encore au courant à l'époque » (*Ibid.*, p.25), sont les suivants : l'effectif pléthorique est composé de médecins jugés-es « médiocres » dicit Ferland (1987, p.5); la formation des médecins se fait totalement à l'extérieur des terrains cliniques; les apprentissages tiennent compte d'un référentiel programmatique et l'évaluation vise l'assimilation des connaissances : « ce que l'étudiant ne comprenait pas, on le lui faisait apprendre par cœur au moment de l'examen » révèle Ferland (1987, p.8); une disparité d'enseignants-es à temps partiel, à temps plein et des fondamentalistes (enseignants-es spécialisés dans un domaine autre que les sciences médicales).

S'attardant sur les enseignants-es, Flexner dénotera que les professeurs à temps partiel enseignent une partie du temps à la faculté et exercent aussi comme praticiens-nes dans les hôpitaux. En déclarant qu'« alors que le professeur savait et que l'étudiant apprenait » (*Ibid.*),

⁷ La réforme flexnérienne est une étude sur les conditions de l'enseignement médical au début des années 1900 en Amérique du Nord qui donnera naissance à l'enseignement médical moderne.

Flexner dénonce l'approche de l'enseignement qui considère les connaissances déclaratives et néglige les savoirs expérientiels développés par ces enseignants-es dans et par les différentes situations de travail auxquelles ils ou elles ont eu à faire face. Ce qui va amener Flexner à dire que cette « approche magistrale est tout à fait dépassée; elle appartient au temps des dogmes acceptés et de l'information prétendument complète » renseigne Ferland (1987, p.8).

Quant aux professeurs-es à temps plein, ce sont des cliniciens-nes qui ont choisi de faire une carrière totalement universitaire. L'enseignement est basé sur des données théoriques, le-la médecin enseignant-e n'exerçant pas. La réforme flexnérienne va introduire des innovations traduites en missions prévoyant encore aujourd'hui dans les hôpitaux universitaires du monde entier : « clinique, enseignement et recherche » nous enseigne Koch (2019, p.27).

1.3. 1910, l'approche scientifique flexnérienne ou la nécessité d'exploiter les espaces-temps faculté-terrain clinique

Le rapport flexnérien est prêt en 1910. Mis en application aux États-Unis, il traversera les outre-mer deux ans plus tard : « 1912, Flexner étendra son étude à des écoles européennes clés en Autriche, en Allemagne, en Angleterre, en Écosse et en France. Ainsi le modèle d'éducation médicale préconisé s'étendra de l'Amérique du Nord à l'Europe » (Stip et Parratte, 2012, p.544). Le point focal de la réforme flexnérienne est l'approche scientifique qui s'apparente à : « un cursus en deux temps : deux années d'étude des sciences biomédicales en université, suivies de deux années d'entraînement clinique au sein d'hôpitaux universitaires. À l'issue de leur doctorat en médecine, les étudiants faisaient ensuite une résidence (équivalent de l'internat) de deux à cinq ans afin d'exercer leurs futures responsabilités » (*Ibid.*, p.544).

Cent ans vont passer. Des aménagements seront apportés à la réforme flexnérienne. Au Québec, la résidence ne dure plus 5 ans mais plutôt 6 ans (Faculté de médecine de l'Université Laval, 2020). En France, le tronc commun dure 6 ans au lieu de 4 ans comme préconisé par la réforme flexnérienne (Faculté de médecine de l'Université Paris Descartes, 2020). Aussi l'internat dure 3 à 7 ans au lieu de 5 ans (*Ibid.*). Enfin, en France, le doctorat en médecine est un diplôme qui achève les études médicales. Alors qu'au Québec, le doctorat en médecine constitue plutôt un diplôme de passage pour les études supérieures. Nonobstant ces petites modifications, le schéma traditionnel flexnérien demeure comme nous le laisse observer le tableau 1 ci-après, abrégé des études de médecine en France et au Québec, présenté en Annexe A.

Enfin, les français-es ont disposé le doctorat comme diplôme terminal des études médicales et non comme passage obligé pour le cycle supérieur. Nonobstant ces petites modifications, le schéma traditionnel flexnérien demeure comme nous le laisse observer le tableau 1 ci-après, abrégé des études de médecine en France et au Québec, disposé en Annexe A.

Tableau 1. Parcours des études médicales au Québec et en France

Cycles universitaires	Québec	France
Premier cycle	<p>Internat ou préclinique :</p> <p>2 ans de cours théoriques avec des périodes sporadiques en milieu hospitalier.</p>	<p>Premier cycle des études médicales</p> <p>3 ans à la faculté avec des périodes sporadiques en milieu hospitalier.</p>
Deuxième cycle	<p>Externat :</p> <p>2 ans en milieu hospitalier. Même si l'étudiant-e a acquis les habiletés d'un médecin, il-elle n'est pas autorisé-e à exercer. Il ou elle obtient un doctorat de premier cycle des études médicales. Ce qui lui permet d'accéder, par voie de sélection à la résidence.</p>	<p>Externat :</p> <p>3 ans en milieu hospitalier (le matin) et en faculté le soir. Même si le médecin a acquis les habiletés d'un médecin, il-elle n'est pas autorisé-e à exercer. Passe les Épreuves Classantes Nationales. Le choix de l'internat va s'arrimer avec le résultat obtenu.</p>
Troisième cycle	<p>Résidence :</p> <p>2 à 6 ans en milieu hospitalier dans un domaine particulier de la médecine. Les cours théoriques et pratiques sont propres à la spécialité choisie. Les connaissances antérieures l'aident à passer sa résidence. Au terme de celle-ci, le-la candidat-e obtient le droit d'exercice.</p>	<p>Internat :</p> <p>3 à 7 ans en milieu hospitalier dans un domaine particulier de la médecine. Les cours théoriques et pratiques sont propres à la spécialité choisie. Les connaissances antérieures l'aident à réussir son internat. Au terme de celui-ci, le-la candidat-e passe son doctorat d'exercice et obtient le droit d'exercice.</p>

Le stage de deuxième cycle s'apparente à une matière parmi tant d'autres. Plus encore, ce stage est un moment de découverte d'un espace clinique dont l'objectif est de constater la correspondance des acquis théoriques aux attentes professionnelles recherchées. Le stage s'apparente aussi à un moment propice pour la mutualisation des contributions des équipes pédagogiques et tutorales. L'intention qui se cache derrière la prise en compte du partenariat faculté-terrain clinique est l'occasion qui est donnée à l'étudiant-e de médecine de deuxième cycle de « se former dans et par le travail » (Maubant, 2013, p.20).

Au terme des études médicales de deuxième cycle, les savoirs développés permettent aux étudiants-es en médecine d'exercer dans des situations où ils ou elles sont supervisés-es (S. Laurin, communication personnelle, 4 décembre 2019). Ce qui sera d'ailleurs corroboré par la faculté de médecine de l'Université McGill (2017)⁸. C'est donc le troisième cycle qui nous intéresse ici. À ce stade de la formation médicale, le concept de résidence au Québec ou d'internat en France se déploie dans le cadre d'un stage de troisième cycle obligatoire pour les futurs-es médecins, ce qui leur permet par la suite d'obtenir le droit d'exercer. Le stage de troisième cycle s'apparente donc à une occasion qui est donnée au-à la futur-e médecin de formaliser les savoirs expérientiels en lien avec l'exercice réel de son métier. Autrement dit, à ce niveau de l'apprentissage, la seule acquisition de savoirs est dépassée par le développement des connaissances en lien avec l'exercice réel d'un acte de travail. Il n'est plus question de se former, mais d'apprendre pour réinvestir les connaissances acquises en pratique réelle. Il s'agit ici de tenir ensemble l'exigence d'insertion et l'exigence d'adaptation au travail dans une quête de compatibilité entre profession et exigences de

⁸ À la fin du second cycle universitaire, l'étudiant-e en médecine « est en mesure d'exercer de façon responsable dans un milieu clinique supervisé » (Faculté de médecine de l'Université McGill, 2017, n.p.).

la pratique. Les facultés de médecine européennes et américaines du Nord vivent, elles aussi, le phénomène de la professionnalisation qui provoquera une rupture avec l'ancien système pédagogique soit celui de l'enseignement alors en vigueur dans les facultés de médecine (Kaufman, 2002) et l'introduction du paradigme de l'apprentissage (tendances cognitivistes, constructivistes et socioconstructivistes) introduit à l'orée des années 2000.

1.4. Les années 2000, l'APC⁹ ou l'émergence du concept d'apprentissage en situation

Même si pour les sceptiques, ce changement paradigmatique à visée pédagogique a été pour beaucoup une panacée structuro-pédagogique (Clermont, Bissonnette et Richard, 2008), il est clair qu'aujourd'hui cette nouvelle approche tient toutes ses promesses (Tardif, 2013). Mais qu'est-ce qui a vraiment changé ?

Le rôle de l'enseignant-e change. Il ou elle passe de transmetteur-trice des informations et/ou d'organisateur-trice des objectifs d'apprentissage à celui de facilitateur-trice dans le processus d'acquisition des apprentissages. Cela veut dire que l'apprenant-e n'est pas seul-e dans le processus de construction des apprentissages : « l'apprentissage n'est plus uniquement le fait de l'enseignant, mais est partagé à parts égales avec l'interne [ou le résident en médecine], qui devient acteur de son apprentissage » (Michelon et Sitter, 2016, p.21). On passe de la mémorisation ou accumulation de connaissances (association des connaissances les unes aux autres)¹⁰ à la prise en compte de la capacité des apprenants-es à construire et à transformer les informations et les savoirs capitalisés en contexte d'apprentissage (Tardif, 2003). Le changement radical de perspective est

⁹ Approche Par Compétences

¹⁰ Paradigme de l'enseignement

objectivé par l'adoption du paradigme d'apprentissage¹¹ qui se traduit par le postulat selon lequel il n'y ait de connaissances que celles construites par le sujet apprenant lui-même. Michelin et Sitter (2016, p.21) ne nous apprendront rien d'autre lorsqu'on dénote de leurs assertions un changement de posture des résidents-es et des internes en médecine en situation d'apprentissage : « le rôle de l'étudiant dans sa formation change, il passe de passif - avec une transmission verticale des connaissances (du professeur vers l'interne) - à actif. La responsabilité de l'apprentissage n'est plus uniquement le fait de l'enseignant, mais est partagée à part plus égale avec l'interne [ou du- de la résident-e], qui devient acteur de son apprentissage » (*Ibid.*, p.21). Par analogie, l'interne ou le-la résident-e en médecine est amené-e à démontrer en contexte ce qu'il ou elle sait, ce qu'il ou elle sait faire ou alors ce qu'il ou elle sait utiliser (*Ibid.*). Autrement dit, lorsque nous nous trouvons devant un-e interne ou un-e résident-e en médecine, on s'attend à ce qu'il ou elle mobilise les savoirs et les savoir-faire appropriés à la situation. La médecine étant un métier adressé à autrui, on s'attend aussi à ce que le-la jeune médecin en formation se soucie de la clientèle en manifestant un savoir être respectueux à l'égard de celle-ci. Il s'agit ici d'une demande à prendre en compte le « dialogue entre activité et formation » (Maubant, 2013, p.184) qui devrait interagir avec un autre celui de « l'environnement et les sujets » (*Ibid.*). Dans cette perspective, la pratique réflexive est d'une importance particulière. Elle permet au-à la résident-e ou à l'interne en médecine de revenir sur ses actions ou après l'action dans le but de les améliorer (Schön, 1994). Cela suppose d'une part la présence d'un modèle prescriptif sur lequel est inscrit ce que les jeunes médecins en formation auraient dû faire par rapport à ce qu'ils ou elles ont fait (processus individuel de la

¹¹ Le paradigme d'apprentissage s'appuie sur les conceptions constructivistes et socioconstructivistes. Il conduit l'investigateur ou l'investigatrice à comprendre comment la connaissance se construit chez le sujet.

pratique réflexive) et d'autre part qu'à côté de ce processus individuel, se trouve un autre collaboratif dans lequel les jeunes médecins en formation interagissent avec les superviseurs-es de stages, les co-internes, les paramédicaux et les patients-es experts-es pour réfléchir sur leur action. Il s'en suit que la situation de travail est devenue une situation d'apprentissage : « en approche par compétences, l'apprentissage se déroule dans l'action, dans des situations cliniques réelles ou simulées » (Grégoire, Gagné, Montreuil et Cummings, 2016, p.1).

Même si la situation de travail est devenue une situation formative, il n'en demeure pas moins que les conditions qui limitent la construction et la production des connaissances ne sont pas totalement connues ou maîtrisées. Le développement des « outils novateurs et structurés pour l'évaluation, le diagnostic pédagogique et la prise en charge » (Lacasse, Théorêt, Skalenda, et Lee, 2012, p.234), les enquêtes exploratoires relatives aux difficultés du parcours des étudiants-es en médecine dans les facultés de médecine françaises (Pham, Eschard, Richard, Etienne et Massoubre, 2016), le développement des applications pour soutenir les étudiants-es en médecine et notamment ceux et celles inscrits-es au 3e cycle en difficulté (Lacasse, Audétat, Boileau, Fon, Laferrière, Lafleur et coll., 2018) démontrent à suffisance que les résidents-es en médecine québécois-es et les internes en médecine français-es éprouvent des difficultés liées aux situations d'apprentissage devenues problématiques.

2 APPRENDRE EN SITUATION, UNE GAGEURE POUR LES RÉSIDENTS-ES ET LES INTERNES EN MÉDECINE

Il est certain que l'évaluation des résidents-es et des internes est organisée selon des grilles standardisées qui viennent rechercher l'atteinte d'objectifs mesurés par des critères d'évaluation bien élaborés. Seulement, l'appréciation objective des conditions d'apprentissage (charge de

travail, manque de sommeil, tâches administratives, gestion de l'information, soutien accessible), l'effet cumulatif des variables interactives (facteurs résultants de l'individu combinés à ceux relevant du contexte de travail) et la répercussion des intentions stratégiques (enjeux relationnels soit conflits, antisocialités) échappent au contrôle de la faculté de médecine.

2.1. Au cœur de la situation de travail : la souffrance?

En situation de travail, l'interne ou le-la résident-e en médecine est en interaction avec les cliniciens-nes enseignants-es ou médecins séniors-es, avec le personnel paramédical (infirmiers-ères, aides-soignants-es, etc.), avec les patients-es et leurs proches, avec bien d'autres acteurs ou actrices du champ hospitalier. Cela veut dire d'une part que l'acquisition des connaissances résulte de l'interaction entre le sujet et son environnement. D'autre part, les connaissances capitalisées seront appréciées par le-la superviseur-e de stages ou enseignant-e clinicien-ne. L'enjeu ici est triple. Il est d'abord diagnostique soit la discordance entre les compétences attendues en médecine et les exigences des superviseurs-es de stages parfois condescendants-es¹², la disponibilité ou non des conditions favorisant l'apprentissage (étayage, soutien professionnel)¹³, la distorsion entre l'écrit et l'oral¹⁴, la non-prise en compte de l'impact des contraintes à l'origine de la souffrance des internes et des résidents-es en médecine sur la performance. Il est aussi relationnel, objectivé par les conflits vécus en situation de travail : « subir les humeurs du supérieur hiérarchique pouvait être source de tensions et “trouver le juste milieu pour réussir à demander les choses pour qu'elles

¹² « comment ça tu sais pas ça, quel gène est muté dans je sais pas quoi? C'est inadmissible! » (Bouteiller et Cordonnier, 2013, p.13).

¹³ « Personne n'a jamais discuté avec lui, personne n'a jamais essayé de le suivre [...] pour voir s'il avait pas besoin d'aide » (*Ibid.*, p.13).

¹⁴ Ce que le-la superviseur-e de stages dit ce n'est pas forcément ce qu'il ou elle a fait. On perçoit ici une incomplétude des grilles d'évaluation et la remédiation pédagogique que l'on peut jugée sous-optimale.

soient faites et [...] que ça passe bien” [...] ces difficultés pouvaient déboucher sur des conflits envenimés par des “hypocrisies”, des “rumeurs” ou de la “pression” et des “critiques” émises sur leur travail ou leur “caractère”» (Bouteiller et Cordonnier, 2013, p.12). L’enjeu de reconnaissance n’est pas en reste. Il n’est pas demandé au-à la résident-e ou à l’interne en médecine de donner son point de vue, mais d’adhérer au point de vue du-de la superviseur-e de stages¹⁵.

Aux variables interactives suscitées vont s’ajouter le stress associé aux exigences constitutives des études médicales de 3^e cycle. Ce qui va amener les auteurs-es à dire que les jeunes médecins en formation vivent leur quotidien sous le mode de la détresse psychologique (FMRQ, 2013, ANEMF, 2016).

2.1.1. Spécificités de la souffrance vécue en situation de travail

Malgré le fait que les internes et les résidents-es en médecine souffrent, ils ou elles ne peuvent pas exprimer leur souffrance. Obligés-es de ne pas dire leur souffrance (Marchesseau, 2019), ils ou elles sont aussi obligés-es d’exprimer une certaine satisfaction de leurs conditions de travail et de vie. Cette souffrance dissimulée cache un mal-être profond et très souvent une dépendance à des substances. Deux versants colorent cette souffrance cachée : souffrance subie et souffrance choisie.

¹⁵ « Certains internes ont dit souffrir de l’ingratitude de leurs encadrants et du manque de valorisation de leur travail » (*Ibid.*, p.11).

2.1.1.1. Une souffrance choisie par les résidents-es et les internes en médecine

La souffrance choisie est un sacrifice de soi au nom de la toute-puissante idéologie sacrificielle du métier. L'indicateur est l'autopression s'apparentant à une sorte d'autoflagellation ou d'autodestruction. Comme sous l'emprise d'une substance, le-la résident-e ou l'interne en médecine travaille plus fort et rentre tard alors qu'il ou elle est entré-e très tôt le matin. La justification est simple : « j'adore le travail qu'on fait, enfin c'est trop, enfin j'aime bien, c'est mon truc quoi, j'aime beaucoup » (*Ibid.*, p.44). Et c'est justement parce que l'engagement de soi est sous-tendu par une estime de soi renforcée par l'inscription en médecine que la constatation des dégâts collatéraux est tardive : « c'est peut-être cette passion pour leur travail qui les a, pour certains-es, conduits; à un épuisement professionnel » (*Ibid.*, p.45).

2.1.1.2. Une souffrance subie par les résidents-es et les internes en médecine

Le syndrome d'épuisement professionnel (SEP) objectivé par un épuisement physique, émotionnel et mental, est aussi lié à une longue période d'exposition à des situations professionnelles demandant un investissement émotionnel (Schaufeli et Greenglass, 2001). La souffrance ne peut être rien d'autre qu'une expérience émotionnellement partagée de la confrontation entre les exigences constitutives des études médicales de 3^e cycle et les ressources individuelles et collectives aboutissant à une perte de valeurs ou de sens. La perte de sens et les heurts de valeurs, résultant d'une souffrance subie en amont, sont aussi tributaires de l'intégration des internes ou des résidents-es en médecine « dans des équipes soignantes avec leur propre (dés)organisation des soins, souvent en difficulté » *dixit* Bouteiller et Cordonnier (2019, p.1), mais également de l'intégration de ces publics dans un programme de formation sous lequel se cache

un curriculum transmis à l'insu du-de la superviseure/superviseuse-e de stages que le-la jeune médecin en formation découvre une fois entré-e en résidence ou en internat en médecine. L'obligation à la soumission place le-la futur-e médecin dans une situation où il ou elle ne peut pas entrer pleinement en transaction avec son environnement (le-la superviseur-e de stages surtout). La dévalorisation des savoirs d'expérience engendre en le-la résident-e ou l'interne en médecine la conscience d'un état d'impuissance. Étant incapable de s'autodéterminer, va se développer en lui ou en elle non seulement un sentiment de manque de confiance, mais aussi une autodépréciation de soi. Le-la jeune médecin en formation se trouve enfermé-e dans un carcan. C'est-à-dire qu'il ou elle se trouve dans une situation où il ou elle ne peut véritablement être lui-même ou elle-même et par conséquent se sent incapable de développer son potentiel. Le masque des apparences qu'arborent les résidents-es ou les internes en médecine cache l'expression d'un état mental caractérisé par un déséquilibre entre un désir et sa réalisation (Dahine, 2015; Marchesseau, 2019).

À la suite de ce qui précède, disons que si ces deux formes de souffrance sont présentes en situation, elles sont objectivées par les difficultés exprimées par les jeunes médecins en formation.

2.1.2. Déterminants de la souffrance en situation chez les résidents-es ou chez les internes en médecine

La première difficulté sera celle de l'encadrement des résidents-es et des internes en médecine rendant ainsi complexe la prise en compte des expériences de formation comme expériences pertinentes pour l'apprentissage professionnel.

2.1.2.1. Difficulté d'encadrer les résidents-es et les internes en médecine

Nous entendons ici par expériences pertinentes de formation toute expérience susceptible d'être formative, qu'elles soient formelles ou informelles, et qu'elles favorisent ou non des processus auto-formatifs (Bézille et Courtois, 2006). Disons que les compétences ne s'acquièrent pas de façon instantanée. Elles se construisent, et ceci tout au long du processus de résidence ou d'internat en médecine. Le-la futur-e médecin a besoin d'un-e professionnel-le sénior-e, c'est-à-dire d'un-e mentor-e qui l'aidera à « acquérir des habiletés précises reliées à la pratique d'un travail » (Houde, 1996, p.98). D'ailleurs, soulignons combien la perspective vygotkienne suggère que le sujet est apte à mieux apprendre les problèmes et à s'améliorer davantage s'il est proche d'un autre sujet plus expérimenté que lui. Ainsi la Zone proximale de développement constitue cet espace-temps permettant au sujet de résoudre efficacement les problèmes non plus tout seul, mais en collaboration avec d'autres.

Rapporté à notre étude, nous dirons que la pratique réflexive, essentielle au développement des compétences professionnelles (Tardif, 2003), sera stimulée au niveau interpsychologique lorsque le-la résident-e et/ou l'interne en médecine sera engagé-e dans des activités d'interactions avec le-la superviseur-e de stages¹⁶ à propos des problèmes d'ordre théorique ou pratique (Colin et Karsenti, 2011).

« La pratique réflexive ainsi stimulée serait ensuite internalisée au niveau intrapsychologique » (*Ibid.*, p.37) facilitant ainsi le réinvestissement autonome d'un savoir

¹⁶ Médecin sénior-e, enseignant-e clinicien-ne.

expérientiel développé dans la pratique professionnelle du-de la résident-e ou de l'interne en médecine. La recommandation de « former, appuyer et reconnaître les enseignants-cliniciens » (Avenir de l'Éducation médicale au Canada-Éducation médicale postdoctorale (AEMC EMPo, 2016, p.10) entre donc dans cette perspective de construction de compétences par le biais de la pratique réflexive, ce qui « permettra d'améliorer la qualité globale de l'expérience éducative pour les résidents » (*Ibid.*).

Malheureusement au Canada et au Québec en particulier, le projet de Loi 20¹⁷ en garantissant l'accès du-de la patient-e à un-e médecin, satisfait le besoin social de médecins, mais crée un problème de pénurie de médecins de famille et de spécialistes. Ainsi une loi, porteuse d'espoir pour de nombreux-ses patients-es en attente de médecins de famille ou de médecins spécialistes, devient subitement un acte à effet *boomerang*. Elle accentue le départ des médecins vers la médecine privée vidant ainsi les facultés de médecine et les centres de formation clinique de leurs meilleurs (es) enseignants-es aptes à transmettre les savoirs d'expérience aux futurs-es médecins (Nadeau, 2015).

¹⁷ Pour information, la Loi 20 « prévoit qu'un médecin omnipraticien doit assurer un suivi médical d'un nombre minimal de patients et qu'un médecin spécialiste doit recevoir en consultation, ailleurs qu'au service d'urgence d'un établissement, un nombre minimal de patients. À défaut pour un médecin de se confronter à ses obligations, cette loi prévoit la réduction de sa rémunération par la Régie de l'Assurance Maladie du Québec. Elle contient aussi des exigences pour assurer aux patients une continuité des soins. Enfin, cette loi confère pour une période limitée au ministre de la Santé et des Services Sociaux le pouvoir de déterminer, dans certaines circonstances, de nouvelles conditions et modalités de rémunération applicables aux médecins » (Assemblée Nationale du Québec, 2015, n.p.). Sur le terrain, le projet de Loi 20 oblige les médecins de famille à consulter 1500 malades par année. Il indique aux médecins spécialistes quatre balises : recevoir en consultation un minimum de patients en provenance des cabinets des médecins de famille; assurer le suivi d'une consultation demandée à l'urgence entre 7h et 17h dans un délai prescrit par règlement; assurer la prise en charge et le suivi des patients hospitalisés à titre de médecins traitants lorsque le nombre de médecins de famille dans les centres hospitaliers est insuffisant; assurer une gestion adéquate des listes d'attente chirurgicale en priorisant les patients en attente depuis plus de six mois; une heure de cours correspond à une heure de consultation d'un-e patient-e.

En France, avec le départ massif des médecins à la retraite¹⁸, « le nombre d'étudiants augmente, mais le nombre d'enseignants et de terrain de formation va diminuer » (Association Nationale des Étudiants en Médecine de France, 2015, n.p.). Ce déséquilibre des *ratios* enseignants-es cliniciens-nes/résidents-es et internes en médecine rend difficile la diversification des milieux de pratiques indispensables à la diversification des expériences provenant de plusieurs milieux de pratiques.

Ce déséquilibre conduit à une forme de dévalorisation des savoirs d'expérience. Le processus de continuité transactionnelle de l'expérience¹⁹ s'en trouve menacé puisque les actes du futur-e médecin ne seront pas transmis par le-la médecin sénior-e. Ainsi les internes en médecine français-es par exemple, sans être accompagnés-es d'un-e sénior-e, « assument déjà, souvent dans la plus grande illégalité, le travail et les responsabilités d'un médecin diplômé, poussés à bout par un système hospitalier en sous-effectif chronique, saturé par la demande » (Chabas, 2014, n.p.).

Cette incapacité du système hospitalier à satisfaire la demande peut être jugulée par la participation d'autres professionnels à l'évaluation. Cela peut favoriser non seulement la synergie des connaissances et des compétences entre différents-es professionnel-les de la santé engagés-es dans la prise en charge des patients-es (Goudreau et Lalande, 2010). Ce qui serait bénéfique aux résidents-es et internes en médecine en quête d'expériences diverses, mais aussi, améliorerait

¹⁸ « Ceux-ci ne réussissent pas à combler le déficit en termes de personnels médicaux du fait d'un grand nombre de départs à la retraite » (Dimermanas, 2016, n.p.).

¹⁹ Formule empruntée à Dewey indiquant que le sujet construit des compétences en interaction. Les compétences construites aujourd'hui permettent non seulement de mieux faire face aux situations problèmes rencontrées demain, mais aussi, de construire d'autres compétences.

considérablement la collaboration médecin/infirmier-ère. Toutefois, « le nombre restreint de rencontres entre, par exemple, infirmières bachelière-médecin [au Québec] » (Gallagher, Tribble, Vanasse, Doré, Fortin et Archambault, 2010, p.1), rend difficile cette collaboration indispensable et cette mutualisation des savoirs et des compétences et, à terme, l'édification d'un travail collectif. La même difficulté a été constatée en France notamment dans l'étude menée auprès de 275 médecins et 382 infirmiers-ères parisiens-nes (Duvergé et Sacré, 2013).

Pire encore, il y a saturation des structures de santé par la demande croissante de soins, preuve d'une pénurie²⁰ pérenne de médecins dans un contexte de crise économique occasionnant dans tous les secteurs ainsi que dans celui de la santé des coupures budgétaires²¹. Cela crée un problème de surcharge cognitive des médecins séniors-es les rendant ainsi indisponibles à la transmission de compétences nécessaires à la construction identitaire des résidents-es/internes en médecine. « La pratique régulière de la supervision clinique nous rend modestes et réalistes en ce qui concerne le temps réellement disponible pour travailler individuellement avec chaque résident » (Audétat et Laurin, 2010, p.294).

L'étudiant-e en médecine de troisième cycle se trouve ainsi obligé-e de dépasser le temps alloué à la résidence ou à l'internat en médecine dans laquelle/lequel les conditions nécessaires à la construction expérientielle ne semblent pas remplies : « ce stage interne était basé sur une

²⁰ « Les différentes aides financières à l'installation n'y auront rien changé : la France manque toujours de médecins généralistes. Leur nombre a diminué de 8,4% entre 2007 et 2016, selon les chiffres publiés jeudi 2 juin par le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) dans son atlas de la démographie médicale » (Béguin, 2016, n.p.).

²¹ « Ce ne sont pas moins de 50 millions de dollars qui ont été amputés au budget de la santé dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Cela équivaut à une perte de 800 emplois dans notre économie régionale. Sans compter qu'un autre montant de 18 millions s'ajoutera d'ici le 31 mars 2017! » (Girard, 2016, n.p.).

logique de fonctionnement plutôt que de formation, et l'absence de supervision de la part d'un senior était trop souvent flagrante » (Budowski, 2015, p.7).

Ces situations laissent entendre qu'entre le curriculum prescrit et le curriculum réalisé, il existe un écart entre l'usage formatif de l'expérience et le compromis obligé avec les exigences de la réalité, obligeant le-la futur-e médecin à se construire un curriculum réel, gage de la détermination expérientielle du sujet par des « intentions, des pouvoirs et des structures qui le dépassent » (Perrenoud, 1993, p.66).

2.1.2.2. Curriculum caché, enjeu complexe du processus d'apprentissage professionnel

Il existerait un curriculum caché à l'origine de la production d'expériences formatives à l'insu du sujet lui-même ou du moins sans que celui-ci ait volontairement favorisé de tels apprentissages (Pineau, 1983). Cela serait bénéfique pour le sujet puisqu'il bénéficierait d'apprentissages informels lui permettant de capitaliser les compétences construites dans le cadre d'apprentissages formels. Dès lors, la question d'un curriculum caché constitutif des formations médicales se pose. Dans quelle mesure la non-prise en compte de ce curriculum caché nuit-elle à la motivation du sujet engagé dans un processus de résidence ou d'internat et constitue-t-elle un frein au développement des compétences du sujet ?

Nous enseignons que la médecine familiale et les soins à l'ensemble de la personne sont essentiels, mais le curriculum caché continue de dénigrer la médecine familiale et de glorifier la super-spécialisation, laissant entendre que les meilleurs et les plus brillants médecins deviennent spécialistes. J'ai

récemment demandé à de nouveaux résidents en médecine familiale quelle avait été leur expérience de ce curriculum caché. Une résidente rappelait qu'on lui avait dit que la médecine familiale était "un gaspillage de son intelligence" (Mahood, 2011, p.1).

La non-prise en compte dans les formations médicales du curriculum caché conduit à ignorer des apprentissages expérientiels informels. Cela a sans doute pour effet d'agir sur l'engagement des futurs-es médecins dans les situations formatives ou potentiellement formatives.

Ça donne des résidents qui dépriment, qui abandonnent des programmes. Il y a des résidents qui sont en "burn-out" et qui ne savent pas s'ils comptent revenir, après avoir pourtant investi parfois huit années de leur vie et coûté je ne sais combien de milliers de dollars à l'État ! (Lajoie, 2005, dans Haroun, 2005, n.p.)²².

La non-prise en compte du curriculum caché n'impacte pas seulement l'engagement de l'étudiant-e dans le processus de formation. Il a des effets sur le choix des spécialités. Il altère aussi la dimension collégiale de l'apprentissage expérientiel, dimension déterminante dans la construction d'une pratique médicale nécessairement collective, la médecine de famille étant de plus en plus une médecine reposant sur l'interprofessionnalité.

Même lorsque des ponts sont mis en place pour faciliter les échanges entre professionnels (p. ex : le médecin psychiatre), l'implication des uns et des autres

²² Elvine ne dit rien d'autre lorsqu'elle révèle une honte de faire la médecine générale : « *il y a une résidente qui est en médecine interne pis ces deux parents sont médecins. Son père lui dit ne fait pas la médecine interne ou générale ce ne sont pas des vrais médecins, à ce niveau tu pourrais être médecin de famille. Deviens néphrologue.* ».

est variable et parfois nettement décevante (p.ex. : les médecins de famille ignorant ou n'utilisant pas la disponibilité du psychiatre répondant, les psychiatres choisissant de ne pas participer à cette activité). L'une des sources de ces difficultés semble être le vécu relativement en vase clos d'une part des médecins spécialistes et, d'autre part, des médecins de famille (Boucher, Lajeunesse, Trudeau, Aalamian, Deschênes, Girard et coll., 2016, p.23).

De ce qui précède, nous pouvons induire que « les médecins traitants servent de modèles aux médecins résidents-es qui servent de modèles aux étudiants en médecine et ainsi de suite » (*Ibid.*, p.314). En d'autres termes, à force de vivre des situations stressantes tout au long de leur résidence/internat en médecine, le-la résident-e ou l'interne devenu-e médecin développe en lui des réactions émotives frisant la vengeance : « on a vu de jeunes patrons dire qu'ils l'ont vécu à la dure, donc je vais le faire vivre aux autres aussi » (Lemieux, 2017, n.p.).

2.1.2.3. Contexte organisationnel défavorable au travail collectif

Le caractère isolé des formations médicales confirme un manque de détermination chez certains-es responsables de la formation médicale de 3^e cycle, ne contribuant pas à favoriser le développement de compétences interprofessionnelles permettant d'engendrer un esprit de partage de connaissances professionnelles et pouvant *in fine* améliorer la qualité des services aux patients-es. Ainsi, en raison de problèmes d'organisation, de difficultés de communication et de compréhension et en raison surtout de l'absence d'adhésion des différents-es professionnels-les

aux activités collectives, les structures de santé sont régulièrement confrontées, outre les plaintes des patients-es au motif d'une prise en charge retardée en lien avec des problèmes de coordination entre médecins, à des situations décrites en termes de chaos dans lequel le médecin de famille et le médecin spécialiste exercent de manière isolée. Ainsi, cette quasi-absence de vision de l'interprofessionnalité et du recours à des compétences collectives et partagées ne donne pas lieu ni à une communauté de pratiques ni à une communauté d'apprentissage. Cela conduira à des frictions entre processus d'apprentissage et processus de construction d'une pratique professionnelle fondée sur l'interprofessionnalité (Tardif, 2005, dans Grangeat, 2008, p.1).

Cette situation va altérer la pratique professionnelle puisque l'on va assister possiblement à des stratégies dont on peut considérer qu'elles sont susceptibles de poser des problèmes d'ordre éthiques mettant à mal la pratique médicale : « faire semblant d'examiner un patient ou inventer les signes vitaux, ignorer la contamination, obtenir un consentement éclairé sans bien connaître l'intervention en question, ne pas divulguer des résultats au patient ou procéder à des interventions inutiles pour acquérir de l'expérience » nous apprend Mahood (2011, p.313). Ainsi les résidents-es et internes en médecine copiant le comportement professionnel des médecins seniors-es auront tendance à incorporer des comportements peu conformes aux pratiques médicales idéales²³ :

Lorsque les étudiants passent du niveau pré-doctoral au niveau postdoctoral de la formation médicale, toutes les transformations ne sont pas positives. D'abord ouverts d'esprit, les étudiants développent un obtus, intellectuellement curieux, ils en viennent à se concentrer étroitement sur les faits ; ils vont de l'empathie au

²³ Voir référentiel de compétences canmeds pour les médecins (Frank, Snell, Sherbino et Boucher, 2015).

détachement émotionnel, de l'idéalisme au cynisme et, souvent, de la courtoisie et de la compassion à l'arrogance et à l'irritabilité (*Ibid.*).

Cet état de choses va exposer les futurs-es médecins non seulement aux risques psychosociaux, mais, aussi faciliter la mise en place progressive d'une organisation pathogène.

2.1.2.4. Harcèlement psychologique préjudiciable à l'apprentissage professionnel

Des travaux scientifiques soulignent qu'il existe, de la part des médecins seniors-es, des agissements susceptibles de porter psychologiquement préjudice aux médecins en formation. Parmi ces préjudices, les travaux consultés identifient le harcèlement psychologique :

Le harcèlement psychologique ou l'intimidation restent malheureusement présents dans nos sites de formation postdoctorale. Le harcèlement psychologique est défini d'une part par les actions de l'instigateur (insultes, menaces, chantage, les restrictions, la stigmatisation, la violence, etc.) et d'autre part par l'effet sur la victime (stress, l'isolement, la détresse, etc.) (Fédération des Médecins résidents du Québec, 2014, p.3).

Le cas de cette résidente en médecine au centre de santé et de services sociaux Antoine-Labelle, dénommé aujourd'hui le CISSS des Laurentides est typique de cette situation de harcèlement psychologique (Théorêt, 2016). Sous la supervision de cinq médecins seniors-es, elle a subi une forme d'agression visant à la déstabiliser psychologiquement. « Le grief mentionne que le harcèlement se serait manifesté notamment sous forme d'écrits dans des échanges de courriels et dans les évaluations du travail effectuées par ces superviseurs » (*Ibid.*, n.p.). Une entrevue menée

auprès de cette résidente aurait démontré la volonté de ses superviseurs-es d'entraver sa formation sous le motif qu'elle ait manifesté des revendications n'ayant rien à voir avec le champ de la résidence ou de l'internat en médecine.

La preuve est que le patronat²⁴ a demandé à la résidente de s'adresser à l'Université de Montréal, institution d'affiliation, pour lui faire part des difficultés qu'elle rencontre dans son stage. Rappelons que tout-e résident-e ou interne en médecine est considéré-e comme faisant partie du personnel de l'institution de santé dans laquelle il-elle passe sa période de résidence. La direction du CISSS des Laurentides a été déboutée :

L'arbitre a rejeté la requête patronale, estimant que la formation, les apprentissages et les évaluations dont il est question dans le grief étaient intimement liés à l'emploi de la plaignante et que celle-ci avait droit à un milieu de travail exempt de harcèlement psychologique (art. 81.19 L.N.T.) (*Ibid.*, n.p.).

Le harcèlement n'est pas une problématique sévissant seulement en contexte d'apprentissage des résidents-es en médecine. L'InterSyndicale Nationale des Internes en Médecine de France (2017), au détour d'une enquête ayant recueilli plus de 3000 témoignages, dont près de 75% originant des individus de genre féminin, confirme que le contexte d'apprentissage des internes en médecine n'est pas exempt d'antisocialités telles que le harcèlement sexuel vécu par 47% des répondants-es.

²⁴ Le patronat désigne l'équipe dirigeante d'une organisation. Ici, il s'agit du CISSS (Centres Intégrés de Santé et de Services Sociaux).

Le problème avec le harcèlement psychologique ou sexuel est que celui ou celle qui en est la victime manque très souvent de preuves, ce qui ne permet pas à cette victime, résident-e/interne en médecine, d'échapper aux effets dévastateurs du harcèlement sur son processus d'apprentissage expérientiel nous enseigne Mahood (2011).

2.1.2.5. Stresseurs occupationnels complexifiant l'appropriation des apprentissages expérientiels

Outre cette réalité du harcèlement psychologique, citons la problématique du rapport au sensible et la question des exigences constitutives des études médicales de troisième cycle susceptibles d'entraîner les résidents-es/internes en médecine dans une situation de détresse psychologique. Cela a aussi pour conséquence d'impacter le processus d'apprentissage expérientiel des résidents-es et internes en médecine. Le rapport qu'entretiennent ceux-ci-celles-ci au « sensible » place ces professionnels-les juniors-es dans une situation où ils-elles sont appelés-es à prendre des décisions médicales dans un contexte où ils ou elles font face à la mort des patients-es, à la souffrance des patients-es et des familles, à des erreurs médicales. Dans cette perspective, être résident-e/interne en médecine, « c'est surtout passer du monde sécurisé des livres et des exercices théoriques à une réalité plus complexe, plus incertaine, avec des drames humains que l'interne [résident-e en médecine] doit souvent gérer en première ligne » (Grichy et Delanoy, 2015, n.p.). Il y a ici un conflit de savoirs entre des savoirs académiques et d'autres savoirs, davantage auto-construits, que les étudiants-es estiment indispensables pour faire face aux dimensions émotionnelles de toute situation professionnelle.

Les résidents-es/internes en médecine travaillant ainsi dans un contexte à forte intensité émotionnelle, confrontés-es à la souffrance que vivent les patients-es et leur famille, à la mort d'un

patient-e, sont aussi obligés-es de faire avec les exigences académiques constitutives des études médicales de troisième cycle. Les résidents-es et les internes en médecine sont « toujours étudiants, en apprentissage, devant se soumettre à des évaluations constantes, que ce soit lors des examens, lors des présentations de cas cliniques, ou lors des évaluations empreintes de tensions ou de sentiments d'injustice en raison de certains conflits interpersonnels pouvant exister entre les cliniciens et les résidents » (Descary, 2015, p.5). Les résidents-es et les internes en médecine sont « également des professionnels salariés, qui doivent composer avec une situation financière parfois précaire, travailler de longues heures et assurer des responsabilités importantes en milieu hospitalier ou communautaire » (*Ibid.*). Enfin, en raison du fait qu'ils-elles doivent répondre aux besoins des patients-es ainsi qu'à l'encadrement d'autres étudiants-es de premier cycle en stages, tous ces facteurs créent donc chez les futurs-es médecins du stress, de l'anxiété, voire une perte d'estime d'eux-mêmes et de leurs compétences (*Ibid.*). La double posture, étudiant et salarié, semble peser sur la réussite de l'apprentissage professionnel et notamment au niveau de l'appropriation des apprentissages expérientiels.

2.1.2.6. La conciliation travail-famille vécue par les résidents-es et les internes en médecine

En plus d'être étudiant-e de troisième cycle et salarié-e, les résidents-es ou les internes en médecine sont aussi, pour certains-es, des parents-es c'est-à-dire des personnes qui élèvent et protègent un ou des enfants. La conciliation travail-famille a ceci de particulier pour les futurs-es médecins qu'elle demande une organisation particulière étant donné la charge de travail professionnelle (prise en charge des patients-es), les exigences constitutives des études médicales de 3^e cycle et la prise en compte des charges familiales (Johnson et Ravitsky, 2015).

Travailler pendant les études favorise la persévérance scolaire jusqu'à la fin des études, l'impétrant-e étant certain de s'insérer dans la vie active puisqu'il ou elle a déjà une expérience professionnelle dans le domaine professionnel pour lequel il fait des études. D'autre part, la rémunération obtenue permet quand même d'assumer toutes les charges financières.

Les responsabilités familiales ne sont pas en reste. L'impétrant-e est obligé-e de participer à la vie familiale notamment l'entretien des enfants (nourriture, vêtements, logement, soins médicaux et chirurgicaux, etc.), l'éducation des enfants, aider la conjointe ou le conjoint à faire la lessive et très souvent, à accompagner les enfants à l'école. Le-la résident-e ou l'interne en médecine est donc submergé-e par la charge familiale, la masse de travail à effectuer au bureau et les obligations universitaires.

L'on s'attend donc à ce que ce cumul de charges et d'obligation ait des retombées négatives notamment la diminution du rendement scolaire. Johnson et Ravitsky (2015) ne disent rien d'autre lorsqu'elles affirment qu'en fin de journée, les futurs-es médecins et notamment ceux ou celles mariés-es ou vivants-es en couple, sont tellement exténués-es qu'ils ou elles n'arrivent pas à s'occuper des activités de la vie quotidienne. Le corollaire de ce qui précède est la difficulté à trouver et à maintenir un équilibre entre les demandes nombreuses et parfois contradictoires de la vie de travail et de la vie de famille. L'ampleur du conflit a de lourdes conséquences sur la santé physique et mentale des résidents-es et des internes en médecine (FMRQ, 2016).

2.1.2.7. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out chez les internes ou les résidents-es en médecine

Les taux de dépression et de troubles de santé mentale plus élevés chez les résidents-es ou les internes en médecine (Tourian, 2013) découleraient des affects psychiques très importants, et l'inefficacité des stratégies organisationnelles et individuelles visant à surmonter la détresse psychologique qui s'en suit. Le sujet se sent alors obligé d'abandonner la formation. On constate aussi des tentatives de suicide.

En France, « 6,1 % des internes en médecine générale ont eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois avec une tentative d'autolyse dans 4 % des cas » (Crémière, 2014, p.25). Au Québec, « près d'un étudiant en médecine sur cinq (18 %) avoue avoir eu des pensées suicidaires [...] une proportion légèrement supérieure (13 %) admet avoir augmenté sa consommation d'alcool et 17 % des répondants pleurent chaque mois à cause de l'école » (Duchaine, 2012, n.p.).

Si cet exemple québécois concerne les étudiants-es de deuxième cycle en médecine, le cas de cette résidente en médecine de l'Université de Montréal qui s'est suicidée est typique des étudiants-es engagés-es dans les études médicales de troisième cycle constatant leur impuissance face au système : « le présent rapport spécial a pour toile de fond la demande d'intervention, à l'été 2013, de la famille d'une résidente de l'Université de Montréal qui a mis fin à ses jours dans une période de grande détresse psychologique, en septembre 2011, alors qu'elle était à la toute fin de son programme d'études médicales postdoctorales » affirme Descary (2015, p.4). En intitulant son article « Suicide d'une résidente en médecine du CHUM : ses études en médecine l'ont tuée » (Touzin, 2014), celui-ci fait ressortir une fois de plus les exigences des études médicales de

troisième cycle. L'auteur de l'article souligne aussi la responsabilité d'un système de formation. Pour la famille (mère et sœur) de cette résidente, « les responsables facultaires et de son programme ont contribué, par leurs approches et leurs lacunes sur le plan de l'accompagnement et du soutien face à une résidente aux prises avec des problèmes de santé mentale, à son décès » tel lu chez Descary (2013, p.4).

Plus encore, « la famille s'attend à ce que toutes les mesures nécessaires soient mises en œuvre par les autorités facultaires, afin d'éviter que de tels événements se reproduisent » (*Ibid.*). Pour la famille de cette résidente, des solutions pouvaient être engagées pour éviter le suicide tout dépendant de l'engagement et surtout de la volonté des responsables facultaires à éradiquer ce risque. Mais comment y parvenir quand ce risque semble être la conséquence de dysfonctionnements du système. Descary avance que

dans certains cas, les résidents considèrent que des évaluations défavorables ont été émises dans leur milieu de stage dans un climat de tensions interpersonnelles ou de harcèlement psychologique, ou, que l'exercice de leurs recours auprès des instances facultaires n'a pas toujours été fait dans le respect des principes de l'équité et de la justice naturelle (*Ibid.*).

Au vu de ce qui précède, nous constatons que les résidents-es/internes sont confrontés-es à des difficultés impactant leur apprentissage professionnel et notamment leur apprentissage expérientiel. Le tableau 2 ci-dessous reprend en quelque sorte ces difficultés et précise l'impact de chacune d'entre elles sur le déroulement du parcours de résidence ou d'internat en médecine.

Tableau 2. Impacts des difficultés vécues sur le parcours de résidence et d'internat en médecine

Difficultés auxquelles font face les résidents-es ou internes en médecine	Impacts de ces difficultés sur les parcours de résidence ou d'internat en médecine
Difficulté à encadrer les résidents-es et les internes rendant complexe la continuité transactionnelle de leurs expériences	• Accentuation du départ des médecins vers la médecine privée
	• Diminution dans les facultés de médecine et les centres de formation cliniques des meilleurs-es enseignants-es en mesure de transmettre les savoirs d'expérience aux futurs médecins
Départ massif des médecins à la retraite	• Déséquilibre des <i>ratios</i> enseignants-es/médecins résidents rendant difficile la diversification des milieux de pratiques indispensables à la diversification des expériences provenant de plusieurs milieux de pratiques.
	• Dévalorisation des savoirs expérientiels.
Présence d'un curriculum caché	• Impact sur le choix de la filière de spécialisation
	• Altération de la collégialité nécessaire à l'édification d'un véritable travail collectif.
	• Préjudice sérieux à la capitalisation et au renouvellement des savoirs expérientiels.
	• Entraves à la formation postdoctorale.

Signes de harcèlement psychologique et sexuel (menaces, chantages, insultes...)	<ul style="list-style-type: none"> • Développement d'un sentiment de victimisation constituant ainsi un frein au processus de développement de compétences professionnelles.
Rôle des stressseurs occupationnels sur l'appropriation des apprentissages expérientiels.	<ul style="list-style-type: none"> • Détresse psychologique.
	<ul style="list-style-type: none"> • Entraves à la construction des compétences professionnelles.
Processus dysfonctionnel de réintégration	<ul style="list-style-type: none"> • Épuisement professionnel des médecins résidents-es/internes
	<ul style="list-style-type: none"> • Abandon de la formation
	<ul style="list-style-type: none"> • Tentatives de suicide et suicides
	<ul style="list-style-type: none"> • Surcharge cognitive liée à leur double posture d'étudiant-e et de salarié-e à laquelle il faudrait ajouter une conciliation avec la parentalité.
	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés voire incapacités à développer des stratégies d'adaptation individuelles et organisationnelles
	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés d'apprentissage professionnel

Face à ces différents constats, ayant des effets immédiats sur l'apprentissage en situation, des études empiriques se sont intéressées au vécu expérientiel de ces publics confrontés à des situations limites et obligeant certains-es d'entre eux ou elles à vivre leur quotidien professionnel sous la pression et la détresse psychologique. Ainsi dans le souci de garantir d'une part le lien entre

la formation reçue et la qualité du réinvestissement des notions apprises pour prodiguer les soins aux patients et, d'autre part, de constater le souci de renforcement des connaissances théoriques nécessaires à l'amélioration des capacités et des compétences professionnelles des résidents-es et internes en médecine, ces études se sont attardées sur des pistes d'amélioration possibles des parcours de formation. Ces solutions permettent de prendre en compte la question du processus d'apprentissage expérientiel des résidents-es/internes en médecine.

2.2. Les conditions favorables à l'apprentissage en situation des résidents-es et des internes en médecine

Si nous nous en tenons à ce qui précède, la souffrance des étudiants-es en médecine et particulièrement celle des internes et des résidents-es en médecine est documentée sur le plan scientifique. Le vide dans la littérature se situe plutôt au niveau du lien entre souffrance des jeunes médecins en formation et aménagements apportés et l'impact de ceux-ci sur l'amélioration des conditions d'apprentissage en situation de travail. Pour soutenir l'affirmation qui précède, nous nous sommes appuyé sur des écrits recensés à partir d'une double revue systématique de la littérature soutenue par les bases électroniques pertinentes des domaines de la santé (Cinhal plus, Pubmed, Medline) et de l'éducation (Éric, Érudit et Cairn). La pauvreté des résultats de la première recherche (voir stratégie en annexe X), nous a obligé à faire une deuxième recherche (voir stratégie de la recherche en annexe X1) en nous basant sur des banques de données bibliographiques médicales (Pubmed) et de l'éducation (Cairn) tout en complétant nos recherches à l'aide de Google Scholar et Google.

Les termes de la recherche ont été les suivants, en sélectionnant les opérateurs booléens appropriés : souffrance/suffering; régulation émotionnelle/emotional regulation; apprentissage par soi/self-learning; engagement/commitment et/and résidents ou internes en médecine/residents or interns in medicine. Les résultats de la recherche ont été passés au crible des critères d'inclusion à savoir : année de publication (2008); pratiques des médecins seniors-es; rôles des gestionnaires hospitaliers; pratiques des superviseurs-es de stages; services d'aide aux résidents et internes en médecine; communication de la souffrance; préoccupations des résidents/internes en médecine. Le croisement des opérateurs booléens aux critères d'inclusion avait pour objectif de constater la présence ou non des conditions favorables à l'apprentissage en situation : interactions avec les co-internes ou co-résidents-es en médecine; interactions avec les superviseurs-es de stages; engagement mutuel; le développement ou non des interactions d'étayage; présence ou absence des facilitateurs à la participation active et à la proactivité à l'auto-documentation; présence ou non des facteurs contribuant à la perte de sens du travail et à la dégradation de la santé mentale des jeunes médecins en formation (Coulombe, 2008). Nous avons inclus tant la documentation anglaise que française. Cette revue systématique de la littérature déroulée sur cinq jours a été menée durant le mois de janvier 2018.

De façon générale, il en ressort des documents consultés que les résidents-es comme les internes en médecine sont des personnes à risque d'épuisement professionnel (ANEMF, 2017; FMRQ, 2014; Sirot, 2016; Galm et Multon, 2016; Bouteiller et Cordonnier, 2013). Les chercheurs-es ont observé que les résidents-es et les internes en médecine sont plus susceptibles de vivre la souffrance au travail que les autres soignants-es du fait de leur jeune âge, des exigences

constitutives des études médicales de 3^e cycle, ainsi que des enjeux relationnels auxquels ces publics sont exposés (Descary, 2015).

La souffrance au travail des résidents-es et des internes en médecine revêt donc une grande importance sociosanitaire. Il a été constaté un impact négatif sur l'apprentissage, sur le caractère humain des soins ainsi que sur les coûts entraînés par la prise en charge et l'absentéisme associé au roulement excessif du personnel : les résidents-es et les internes en médecine participant grandement à la prise en charge des patients-es ne sont pas épargnés-es (Cordonnier, Bouteiller, Chatelard, Imbert et Gaboreau, 2019). La souffrance chez ces publics a aussi une incidence sociocollaborative. La sous-optimalité des interactions et de partage des informations dans le collectif de travail en vue d'atteindre les objectifs communs est associé au climat délétère lié au stress que vivent les résidents-es et les internes en médecine (Morneau-Sévigny, 2017).

3798 documents relatifs à la souffrance des soignants-es ont été recensés à partir des bases de données significatives du domaine de la santé et de l'éducation. Ici, seules les études empiriques en lien avec les corrélats sous-tendant les difficultés de transformation, de construction et de production des connaissances chez les résidents-es et les internes en médecine sont exposées. Ces corrélats sont la communication de la souffrance; les services d'aide aux résidents-es et internes en médecine en souffrance; les préoccupations des résidents-es et des internes en médecine; la pensée techniciste au cœur de la gestion des structures de santé; les pratiques des cliniciens-es enseignants-es et des responsables universitaires.

2.2.1. La communication de la souffrance

Les études menées au Québec et en France auprès des jeunes médecins en formation (Portois, 2017; Tchandem Kamgang, 2018, Long, 2020) observent que ces publics sont quotidiennement exposés aux facteurs²⁵ susceptibles d'altérer aussi bien leur santé mentale que physique. La susceptibilité des erreurs commises ainsi que l'association du burn-out aux journées stressantes et à rallonge sont autant de conséquences encourues par ces publics. Paradoxalement, il ressort de la littérature contemporaine que dire la souffrance constitue pour les résidents-es ou les internes en médecine une atteinte grave à l'idéologie de la toute-puissance du médecin : « en médecine, on a une culture où l'on ne montre pas que l'on est fragile, fatigué ou à bout de nerfs, sinon on est perçu comme faible » (Garnier, 2010, p.4). Arborer le masque des apparences devient une obligation d'autant plus que le-la résident-e ou l'interne en médecine accorde « de l'importance à comment [il ou elle] est vu-e » nous apprend Marchesseau (2019, p.48). Ce qui contribue malheureusement « aussi à moins s'exprimer sur cette souffrance et à s'enfermer sur cette dernière » (*Ibid.*). Et lorsque l'impétrant-e décide de dire sa souffrance, il ou elle fait face à des intentions stratégiques visant à bloquer son initiative : « je sais que je n'obtiendrai pas de changement "c'est comme ça" depuis toujours dans ce stage » (Sirot, 2016, p.26).

Des outils d'identification des difficultés vécues en situation sont mis en place pour éviter que les internes et les résidents-es en médecine ne se démotivent/désengagent en situation de travail et ne développent aussi la perte du sens du travail comme on peut l'observer dans cet extrait

²⁵ Violences psychologiques, mauvaises conditions de travail, quotas horaires dépassés.

dans lequel Élvine²⁶ évoque non seulement une difficulté interactionnelle avec le-la superviseur-e de stages, mais aussi une difficulté à communiquer les difficultés éprouvées :

On a des rencontres avec les tuteurs pour vérifier qu'on est bien. C'est un checklist. Vis-tu du stress ? On n'entend pas mon stress. Chaque fois que je suis allé les voir pour dire que je suis stressé, ils m'ont dit il faut que tu avalues. Soit tu continues soit tu vas en arrêt maladie. Et puis j'ai dit un petit peu je ne vais pas en parler. Ils ont dit Okay. Ils ont coché et puis ils ont dit comment vas-tu le reste de ta résidence. Il a coché sur sa liste. Il n'y a pas de réelle communication (Élvine, résidente en médecine).

Dire qu'il n'y a pas de réelle communication réfère à une volonté systémique de faire fonctionner un canal de communication de la souffrance alors que le système ne l'approuve pas. On se retrouve ici dans un contexte où « *il y a beaucoup d'hypocrisie entre ce qu'on dit qu'on fait et ce qu'on fait. On fait croire qu'on fait ça mais en fait on ne fait pas.* » (Éva, médecin sénior française et participante à l'étude).

En dessous de cette hypocrisie se cacherait une intention remorquée par l'apprentissage par la souffrance, celle de la volonté des superviseurs-es de stage de se préserver des affres de la nouvelle organisation du travail à l'insu des internes ou des résidents-es en médecine²⁷. La pénurie des médecins accentuée par l'attrait du privé renforce l'évidence selon laquelle les services hospitaliers ne peuvent pas fonctionner sans les internes ou les résidents-es en médecine. Le

²⁶ Élvine est résidente en médecine.

²⁷ « Ce sont les médecins dans les hôpitaux, qui sont tellement débordés de patients, qui prennent les stagiaires "pour des esclaves" » (Lachance, 2017, n.p.).

musellement de ces jeunes médecins en formation est associé à leur travail comme remplaçants-es des médecins seniors-es. Utilisé-e comme employé-e pas cher-ère payé-e et exploité-e, l'interne ou le-la résident-e en médecine ne profite ni de ce qui ressort de l'interaction avec les superviseurs-es de stages encore moins de la collaboration avec les pairs-es : « d'un côté, on offre d'aider un collègue en difficulté, mais de l'autre, on pose un jugement sur sa capacité à travailler comme les autres » (Dahine, 2015, p.4). On perçoit ici une double attitude contradictoire qui bloque non seulement l'émergence d'une résilience collective, mais aussi empêche l'interne ou le-la résident-e en médecine d'éloigner le spectre des deux conséquences relatives au dilemme auquel il ou elle fait face : l'auto-délitement survenu au détour d'une dissimulation prolongée de la souffrance par peur des représailles²⁸ et du jugement extérieur²⁹; le refus de recourir aux services d'aide aux résidents-es et internes en médecine en souffrance par peur de la stigmatisation³⁰.

2.2.2. Les structures d'aide aux résidents-es et internes en médecine en souffrance

La sous-fréquentation des services d'aide aux résidents-es et internes en médecine en souffrance est donc associée à la stigmatisation de cette classe d'individus lorsqu'ils fréquentent ces structures :

et pouff, on se fait coller une étiquette de médecin faible. Ce qui est ridicule c'est

qu'on collerait même cette étiquette à un résident qui a eu un bête accident de ski

²⁸ « Subir les humeurs du supérieur hiérarchique pouvait être source de tensions » nous apprennent Bouteiller et Cordonnier (2013, p.9).

²⁹ « les autres internes n'étaient pas d'accord avec moi : 6% » enseigne Sirot (2016, p.22).

³⁰ « Le problème [du suicide des internes ou des résidents-es en médecine] ne sera éradiqué que lorsque chacun d'entre nous fera preuve d'une grande tolérance à l'endroit de nos collègues qui présentent des difficultés et que nous éviterons la stigmatisation auprès de ceux qui doivent s'absenter pour des problèmes de santé mentale lorsqu'ils reviennent en résidence » (Dahine, 2015, p.4).

et qui ne peut pas courir faire les consultations aux quatre coins de l'hôpital aussi rapidement que s'il n'avait de béquilles... renseigne Dahine (2015, p.4).

Il ressort ici une difficulté pour ces services d'avoir un rendement optimal d'autant plus qu'ils ne sont pas spécialisés dans l'implémentation des stratégies relatives au soutien professionnel (I.Duchesnay, communication personnelle, 23 août 2019). La fréquentation de ces services serait donc liée, comme en France, à la sous optimalité observée des initiatives visant à prévenir la souffrance en situation de travail : tutorat, sensibilisation des équipes pédagogiques, sensibilisation à l'apprentissage coopératif *dixit* Bouteiller et Cordonnier (2013).

La sensibilisation des médecins séniors-es au management³¹, s'insérant dans une volonté de réattribution du privilège au travail au détriment de la gestion (Dejours et Bègue, 2009), contraste avec la logique de l'Approche par Compétences sous-tendue par une « double attente du monde de l'entreprise, disposer d'une main d'œuvre adéquatement formée et rationaliser ses coûts de formation et de conceptions pédagogiques axées sur le résultat individuel plutôt que sur les savoirs » (Hirtt, 2009, p.3). Nous retenons le concept « résultat individuel » que nous associons à la « concurrence [qui] pousse chacun, quelle que soit sa position dans la hiérarchie sociale, à se construire par lui-même en jouant simultanément de son autonomie et de son apparence » (Ehrenberg, 1991, p.13). Cependant, le processus d'attribution de l'identité peut être entravé par les intentions stratégiques qui empêchent le développement du sujet. La conséquence est la frustration professionnelle découlant aussi bien des échecs identitaires que des stressseurs

³¹ « Nous soutenons la formation au management dans la formation initiale et continue des médecins : en particulier les jeunes praticiens séniors lors de leur prise de fonction » (Hardy, Lepine et Vorspan, 2017)

occupationnels : « au CHU règne un vieux système compétitif où l'empathie n'est pas évaluée et ne fait pas partie du système » nous enseigne Sirot (2016, p.29).

La mesure quantitative du travail favorise la dégradation du collectif de travail en détruisant les espaces temps transitionnels pourtant nécessaires au dialogue entre les gestionnaires et les médecins seniors-es, entre les médecins seniors-es et les jeunes médecins en formation : « dans près de la moitié des cas (45%), le point de vue de l'interne n'est pas pris en compte par son Senior, avec la justification “ ce n’est pas négociable”» (*Ibid.*, p.23). Cette absence de coopération verticale aura un impact négatif sur la coopération horizontale en ce sens qu'on va observer non seulement une complexification de la confrontation des opinions sur l'organisation mais aussi une disparition des occasions de discuter sur le travail et sur les difficultés relatives à l'affrontement du réel du travail. Le-la résident-e ou l'interne en médecine, incapable d'exprimer son désaccord ou son point de vue, va se conformer aux règles. Il ou elle passe ainsi d'apprenant-e à producteur ou productrice de soins c'est-à-dire à un objet arrimé à la rentabilité. Le corollaire est le développement d'un « sentiment de manque de seniorisation, l'interne [ou le-la résident-e] se retrouvant seul- [e] dans une situation de soin complexe ; [mais aussi de] la sensation d'être davantage un remplaçant qu'un jeune professionnel en formation » *dixit* Sirot (2016, p.12).

2.2.3. La pensée techniciste au cœur de la gestion des structures de santé

Utilisés-es comme des leviers opérationnels pour atteindre les objectifs organisationnels, les résidents-es ou les internes en médecine sont amenés-es à vivre la dévalorisation du principe de construction cognitive et sociale des apprentissages. Il est certain que les situations données à

vivre répondent à trois exigences soit « la progressivité³², la diversité³³ et l'extension³⁴ » (Mayen, 2018, n.p.). Il est aussi certain que le système de formation et notamment les médecins seniors-es ou les cliniciens-nes enseignants-es devraient proposés-es des activités visant à atteindre ces exigences. Autrement dit, se laisser observer en tant que médecin expérimenté-e ou alors prendre le temps pour assister un-e interne ou un-e résident-e en médecine dans la réalisation d'une tâche sont autant de voies pouvant être exploitées pour améliorer les apprentissages de l'impétrant-e mais aussi, constituer des occasions de réconfort de ces publics lorsqu'ils ou elles ne réussissent pas bien. Ces pistes qui participent de l'organisation et de la régulation du parcours de formation des résidents-es ou des internes en médecine en situation sont empêchées par la gestion qui privilégie le rendement au détriment de la qualité du travail. Les discours du genre « *“les plus vieux profitent des plus jeunes (gardes et astreintes faites à leur place, non seniorisés)” [ou] “les vacances des seniors passent avant celles des internes”* » dixit Sirot (2016, p.29) évoquent des pratiques des cliniciens-nes enseignants-es ou des médecins seniors-es n'allant pas toujours en

³² Elle traduit la notion d'ordre dans les situations et les activités proposées aux résidents-es ou internes en médecine. Elle traduit aussi l'entrée progressive dans la complexité. Cependant, la notion de progressivité que nous convoquons ici s'éloigne de l'idée de progresser du plus simple au plus complexe tout en réservant le plus complexe à la fin. Deux raisons peuvent expliquer cette méfiance. La première est que le processus de maîtrise des tâches simples n'est pas transposable à la maîtrise des tâches complexes. La seconde est associée au temps mis pour maîtriser les tâches simples qui n'est pas aussi égal à celui mis pour maîtriser les tâches complexes.

³³ Elle est tout d'abord assimilable à une qualité soit à la flexibilité c'est-à-dire à la capacité qu'a le-la résident-e ou l'interne en médecine de faire face à une variété de situations et de s'en sortir. Elle est aussi assimilable à une condition d'apprentissage en ce sens que le parcours d'apprentissage prévoit une variété de situations exposant le-la résident-e ou l'interne en médecine à des situations plus ou moins complexes, dans des conditions différentes. Le fait d'alterner les lieux de stages, le fait d'exposer le-la résident-e ou l'interne en médecine seul-e face à plusieurs activités participeront de la diversité et de l'affinement de l'expertise médicale.

³⁴ Elle est assimilable aux connaissances conditionnelles c'est-à-dire des connaissances responsables du transfert des apprentissages. La résolution d'une situation de travail obéit à un processus c'est-à-dire à un ensemble de tâches coordonnées permettant de réaliser une action. Or la réalisation de l'action ne découlera jamais d'un processus totalement autonome. Le-la résident-e ou l'interne en médecine qui s'engage dans la réalisation d'une action a besoin de l'expérience des autres professionnels-les, il ou elle a aussi besoin et peut-être très souvent des savoirs profanes.

congruence avec une réelle volonté pour ces encadrants-es d'organiser les conditions de travail pour les rendre apprenantes : « *“on est là aussi pour faire ce qu'ils ne veulent pas faire et quelques-uns se déchargent bien sur nous ”* » (*Ibid.*).

2.2.4. Les pratiques des cliniciens-nes enseignants-es et des responsables universitaires³⁵

L'aliénation de la fonction tutorale est liée au curriculum caché constitutif de tout parcours de formation (Mahood, 2011). Le curriculum caché³⁶ accentue la situation de stress dans laquelle se trouve les résidents-es ou internes en médecine : « le curriculum caché continue de dénigrer la médecine familiale et de glorifier la super-spécialisation, laissant entendre que les meilleurs et les plus brillants médecins deviennent spécialistes » (*Ibid.*, p.313). Le regard des cliniciens-nes enseignants-es sur les débouchés dans les professions médicales, semble aussi impacter le processus d'apprentissage professionnel. Les résidents-es en médecine peinent à s'approprier certains savoirs en lien avec un type de médecine qui semble être dévalorisé par certains-es cliniciens-nes enseignants-es.

Dans le même ordre d'idées, les cliniciens-nes enseignants-es participent pour beaucoup au mal-être des résidents-es en médecine, ces publics étant aux prises avec des problématiques de

³⁵ Disons pour commencer qu'un-e clinicien-ne enseignant-e est d'abord médecin avant d'être enseignant-e. C'est donc un-e médecin sénior-e qui *via* le processus de maturation, a été habilité par ses pairs-es à dispenser des enseignements à la faculté de médecine. Le-la clinicien-ne enseignant-e peut être promu-e à un poste de responsabilité au sein de la faculté de médecine. Il ou elle devient alors un-e responsable universitaire. Certains-es cliniciens-enseignant-es responsables universitaires, prennent en charge ou conseillent les résidents-es ou les internes en difficulté.

³⁶ le curriculum caché est à l'origine un savoir qui n'est pas enseigné à la faculté de médecine. En ce sens, il constitue un processus de socialisation, le capital culturel (Bourdieu, 1979) se construisant par socialisations successives.

la vie universitaire : « temps insuffisant accordé au résident pour consulter des personnes ressources quant à un plan de remédiation proposé » (*Ibid.*, p.4).

D'autres difficultés³⁷ semblent confirmer la vérité selon laquelle il existerait au sein des facultés de médecine et des terrains cliniques un discours flou, une position ambivalente se situant sur un continuum soutien-exigence ou mieux reconnaissance et non-compréhension : le « conflit de rôles apparent de certains directeurs du programme, qui reçoivent et accompagnent les résidents-es en cas de difficulté, mais qui jouent aussi parfois un rôle actif au niveau de l'évaluation chez ces mêmes résidents » (*Ibid.*, p.4).

Les difficultés vécues et exprimées par les résidents-es en médecine pouvaient être remédiées avec l'application développée à l'Université Laval (Lacasse, Audétat, Fon., Dufour, Laferrière, Lafleur et coll., 2019). Cette application qui prend ancrage dans la mouvance des applications des théories issues de l'intelligence collective tenant en considération la puissance du cyberspace (Lévy, 1987), a pour finalité la réduction des difficultés des futurs-es médecins relativement aux problèmes académiques (connaissances fondamentales, cliniques, procédurales ou en milieu de travail; cognitives (compétences en raisonnement clinique, aptitudes à l'étude et au test), interpersonnelles. Bien qu'étant un puissant incitatif à la pratique réflexive (analyse collective et constructive de situations cliniques ainsi que l'échange d'expériences), cette application serait aussi un puissant moteur de résolution des difficultés interpersonnelles et donc

³⁷ le « manque d'information quand au motif d'une convocation » (*Ibid.*), le « refus du droit à être accompagné par un proche lors d'une rencontre formelle devant un comité » (*Ibid.*), le « désintérêt à l'égard du résident » (*Ibid.*), le « sentiment de manque de respect de la part des membres de comité mal préparés ou qui manifestent de l'impatience » (*Ibid.*), « la nette impression que le point de vue du résident n'est pas pris en compte et que la décision est déjà rendue avant même qu'il puisse s'exprimer » (*Ibid.*),

de réduction de la souffrance liée à l'autorité des cliniciens-nes enseignants-es jugée rigide et négative. Seulement les difficultés rencontrées par les résidents-es en médecine tout au long de leur parcours académique sont aussi tributaires des contraintes organisationnelles comme on peut l'observer dans cet extrait : « bien que certains aménagements soient proposés aux résidents ayant des besoins particuliers, comme nous en avons fait état dans la section précédente, c'est l'allègement de leur charge de travail, dont le cheminement à temps partiel, qui représente souvent la modalité la plus adaptée pour répondre à leurs besoins, ce qui n'est malheureusement pas autorisé à l'heure actuelle par le vice-décanat et les directions de programmes » (Descary, 2015, p.4).

Les structures de soutien mises en place pour former les tuteurs ou tutrices et les cliniciens-nes enseignants-es à l'appropriation des meilleures pratiques en matière d'évaluation et d'encadrement des résidents-es en médecine en difficulté, butent sur la question des conflits d'intérêts : « la mise en place d'une procédure interne de traitement des situations de harcèlement par la Faculté de médecine dénote sa sensibilité à ces problématiques et sa proactivité à agir pour les contrer. Toutefois, considérant qu'il y aurait, dans certains cas, présence de conflits d'intérêts apparents ou avérés dus à la trop grande proximité des personnes responsables d'appliquer cette procédure dans les situations de harcèlement portées à leur attention, il serait souhaitable qu'elles soient sensibilisées à la notion de conflit d'intérêts avant d'endosser ce rôle » (*Ibid.*, p.30).

Plus encore, des structures sont aussi mises en place pour assister le-la résident-e en difficulté tout au long de son cheminement académique. Cependant, on note un « écart important

entre la panoplie de règles, procédures et pratiques du processus d'évaluation des résidents, et leur application dans la pratique » (*Ibid.*, p.24).

Les résidents-es déplorent aussi le fait que « certains directeurs ajoutent à ce rôle de soutien, une implication au niveau de l'évaluation des résidents qui nous apparaît incompatible avec leur fonction. Ce double rôle présente selon nous le risque que les évaluations académiques soient biaisées par les informations fournies par le résident à son directeur sous le sceau de la confiance » (*Ibid.*, p.26).

En raison de la sous optimalité des mesures de soutien et d'accommodement mises en place, il a été jugé opportun de se rapprocher d'autres ressources ou organismes à même d'aider les futurs-es médecins en difficulté. On a donc noté que les universités québécoises et principalement celles hébergeant des facultés de médecine entretiennent des liens étroits avec le Réseau universitaire québécois pour la santé des résidents-es et des étudiants-es en médecine. Il a cependant été constaté que « ce comité n'est pas très actif actuellement et que chacun des groupes qui en font partie semble jouer son rôle en vase clos » (*Ibid.*, p.31). Il a donc été proposé « une collaboration accrue des actions concertées entre les différents partenaires impliqués » (*Ibid.*). Ce qui favoriserait « une gestion efficace des situations impliquant des résidents en difficulté » (*Ibid.*). Tous ces constats ont été portés auprès des organes directeurs des facultés de médecine. Mais, malgré la bonne foi et la volonté démontrée par les initiateurs de ce projet, il est à rappeler que cet organisme à but non lucratif n'a aucun rôle coercitif : « nous n'agissons pas dans une perspective disciplinaire et notre intervention n'a pas pour but d'attribuer de responsabilité quant aux événements qui se sont produits » (*Ibid.*, p.4).

Les difficultés auxquelles sont exposées les résidents-es en médecine n'épargnent pas les internes en médecine français-es. Les auteurs-es observent que

Les désaccords et les conflits ont un impact négatif sur la satisfaction et les performances des membres d'une équipe de travail. Les jeunes médecins en formation font partie intégrante de l'équipe de soins et la gestion des désaccords auxquels ils sont confrontés s'inscrit dans leur processus de professionnalisation explicite ou non (Galam et Multon, 2016, p.39).

Les auteurs-es constatent aussi une association entre la capitalisation des connaissances et le devoir d'allégeance qu'observerait l'interne en médecine (West et Shanafelt, 2007). Autrement dit partager un autre point de vue s'apparenterait à une exception : « "*...on a toujours fait comme ça*" [ou] "*à mon époque c'était comme ça*" [ou encore] "*il n'y a pas de raison que ça change*" » nous apprend Sirot (2016, p.28).

Cette situation où l'interne en médecine se sent impuissant, où il ou elle ne peut pas exprimer son désaccord, est susceptible d'engendrer en lui des émotions négatives liées à la peur de l'erreur : « J'ai pas du tout confiance en moi et du coup il faut que je sois rassurée avant de faire quelque chose » (*Ibid.*, p.9). Il s'en suit un sentiment de culpabilité : « le fait de ne "pas tout savoir" et de ne pas maîtriser leurs décisions conduisait à la "culpabilité", de la "gêne" ou de la "frustration" » (*Ibid.*, p.33). Ce sentiment n'est pas négatif en tant que tel. Le problème survient lorsqu'il s'installe durablement et qu'une névrose bénigne semble atteindre l'interne en médecine : « Anxiété +++, parfois crises anxieuses (toujours en dehors du travail) lors du stage aux urgences, particulièrement riche en désaccord. » (*Ibid.*).

Pour justifier leur mutisme et donc leur absence de confrontation aux désaccords, les internes invoquent le « respect de l'expérience du praticien » (*Ibid.*, p.44) et la sporadicité du stage « présents que six mois en stage » (*Ibid.*). La position du-de la sénior-e émotionne : « au détour de la situation de désaccord, l'interne avait souvent la volonté de reparler des évènements avec son senior. Souvent le senior fuyait le dialogue constructif et restait dans l'affect ou le déni du désaccord et de ses conséquences » (*Ibid.*, p.45). Le comportement du-de la médecin sénior-e ou du-de la clinicien-ne enseignant-e laissait croire que celui-ci ou celle-ci n'avait pas du tout l'intention de changer d'approche pédagogique comme nous le laisse croire cet extrait délivré par un interne en médecine : « *J'aurais peut-être bien aimé en parler avec le chef avec lequel ça s'était passé, mais j'ai pas eu le sentiment qu'il avait envie qu'on en parle en fait.* » (*Ibid.*) ou mieux encore « *elle n'a pas argumenté sa réponse, elle m'a dit "on s'en fout"* » (*Ibid.*). On perçoit ici une interaction inefficace au regard des conflits sociocognitifs qu'elle ne provoquerait pas. La conséquence serait le développement d'une perte de sens du travail contributive au développement des maladies mentales et physiques chez les résidents-es et les internes en médecine.

2.2.5. Les préoccupations des résidents-es ou des internes en médecine

Signalons que les résidents-es ou les internes en médecine sont d'abord des étudiants-es au même titre que les autres étudiants-es. La différence serait relative aux exigences constitutives des études médicales de 3^e cycle. À ces exigences auxquelles sont rattachées des conséquences immédiates, soulignons aussi, au regard de tout ce qui précède, que ces publics font face à des conditions de travail qui les obligent à vivre leur quotidien sous le mode de la souffrance psychologique. La corrélation des conditions d'apprentissage des jeunes médecins en formation

avec leur bien-être a été observée si nous nous en tenons à ce qui ressort des travaux empiriques (Morneau, 2017; Cordonnier, Bouteiller, Chatelard, Imbert et Gaboreau, 2019).

La Fédération des Médecins Résidents-es du Québec (2014) a mené une étude sur le bien-être des résidents-es en médecine. Plusieurs phénomènes susceptibles d'impacter négativement le processus d'apprentissage professionnel de ces publics ont été identifiés :

Un régime alimentaire déséquilibré (a) : « la plupart des résidents prennent régulièrement un petit déjeuner, mais ne mangent pas suffisamment de fruits et de légumes » (*Ibid.*, p.24). Il a été constaté que les légumes et fruits occupent une place importante dans l'alimentation de l'humain (Amiot-Carlin, Caillavet, Causse, Combris, Dallongeville et Padilla, 2007). Ainsi ces résidents-es sont exposés-es potentiellement à des maladies neurologiques comme le « déclin cognitif précoce », à des maladies oculaires comme les maladies dégénératives oculaires par manque de lutéine et de Zéaxanthine retrouvées dans les légumes verts ; le mauvais fonctionnement rétinien par manque de la vitamine A; des maladies ostéo-articulaires par absence de potassium, de magnésium, de vitamine C voire de vitamine K entrant dans le métabolisme osseux (*Ibid.*). Dès lors, comment des étudiants-es appelés-es à s'approprier un nombre important de connaissances théoriques, pratiques peuvent-ils-elles réussir à le faire s'ils-elles sont en mauvaise santé physique?

Pendant la période en résidence, les étudiants-es sont appelés-es à mettre en application leurs connaissances académiques. En intitulant son texte « les heures de travail des médecins résidents jugées inacceptables », Radio-Canada (2013, n.p.) expose les conditions de travail difficiles de ces jeunes professionnels-les. Réaliser une garde durant 16 heures voire plus demande

au-à la résident-e en médecine d'avoir une solide constitution physique, celle-ci n'est garantie que par un régime alimentaire équilibré (OMS, 2018).

Un manque de sommeil (b) : « 19,1 % des médecins résidents dorment entre quatre et six heures » constate la Fédération de Médecins résidents du Québec (2014, p.25). Les études ont montré qu'il y avait un lien entre l'alimentation et le sommeil et que celui-ci avait un effet sur la santé des individus : « la détresse psychologique expliquerait en partie les liens entre la somnolence diurne et la consommation de produits sucrés » (Lambert-Chan, 2013, n.p.). Si nous nous en tenons à la Fédération des Médecins Résidents du Québec, peut-on alors stipuler que ces 19,1 % d'étudiants-es en panne de sommeil étaient ceux ou celles qui présentaient des carences nutritionnelles et donc les étudiants-es les plus atteints-es parmi les 75 % ayant un régime alimentaire déséquilibré ?

Lorsque l'on demande aux résidents-es en médecine interrogés-es s'ils/elles font de l'exercice physique au rythme de 30 à 60 minutes par jour et par semaine, « seulement 15,8 % des résidents font de l'exercice plus de trois fois par semaine » (*Ibid.*, p.26). Deux raisons sont avancées pour expliquer **cette absence d'exercice (c) :** « le **manque de temps (d)** et le manque de sommeil » (*Ibid.*). Puisque la modalité « manque de temps » a été citée plusieurs fois au regard de celle de « manque de sommeil », soit respectivement 80 % et 20 %, l'Université de McGill a priorisé des solutions visant à résoudre les problématiques liées au « manque de temps », notamment celles en lien avec la pratique sportive : « une solution prônée par l'Université McGill et d'autres universités est l'installation de gymnases dans les hôpitaux mêmes d'enseignement. S'ils avaient facilement accès à ce type d'installation à l'hôpital même, les médecins résidents

pourraient s'entraîner après leur longue journée de travail. Ainsi, ils n'auraient pas à faire de l'exercice au retour à la maison, ce qui éliminerait au moins une excuse pour ne pas en faire » (*Ibid.*). La Fédération des Médecins résidents du Québec est allée dans le même sens :

Il existe plusieurs d'autres façons de promouvoir l'exercice régulier, incluant la création de groupe de jogging, d'aérobic ou de yoga pour les résidents. Nous savons tous qu'il est plus efficace d'encourager les gens à faire de l'exercice en groupe, selon leur intérêt (système de jumelage) que de leur proposer des programmes individuels ; le fait d'être jumelé à un partenaire fait en sorte que chacun des deux membres de l'équipe risque moins d'abandonner le programme (*Ibid.*).

Cette prise de position émanant de la Fédération a une raison : « l'exercice est bénéfique pour le corps, l'estime de soi, le processus cognitif, l'humeur, le sommeil, et la vie sexuelle » (*Ibid.*). Mais peut-on faire de l'exercice lorsque l'organisme présente des dysfonctionnements sur le plan métabolique³⁸ ?

Sur le plan de la gestion de leur santé, il a été observé que « **la moitié des résidents-es en médecine n'ont pas de médecin de famille (e)** » (*Ibid.*). D'où le dilemme éthique : un médecin peut-il se prendre en charge lui-même lorsqu'il rencontre des problèmes de santé ?

Au vu de ce qui précède, nous constatons que les solutions proposées visent à améliorer la situation du-de la résident-e en médecine *in situ*. Les responsables des parcours de formation remarquent des dysfonctionnements. Ils cherchent alors l'origine de ceux-ci et pointent que ces

³⁸ Nous avons mentionné plus haut le fait que 20% des médecins résidents avaient un régime alimentaire déséquilibré.

dysfonctionnements interagissent avec l'étudiant-e en formation. Ils se concentrent donc sur le sujet, moins sur le parcours de formation. Ils négligent la question du processus d'apprentissage, car, pour eux, agir, c'est apprendre. Cette doctrine se fait l'écho de la philosophie pragmatique de Dewey, prônant le *Learning by doing*. Le sujet étant placé en situation d'immersion dans un contexte de travail, on le considère comme étant *de facto* en situation d'apprentissage.

La position européenne et française en particulier ne partage pas cette conception des liens entre activité, situation et apprentissage. Elle s'intéresse plutôt à analyser le travail, c'est-à-dire à recueillir les données indispensables à la réalisation du travail visé avant la réalisation d'une intervention (Bourgeois et Durand, 2012). Ainsi, *a contrario* de la logique de production américaine permettant au-résident-e en médecine de développer des aptitudes pratiques en situation (Dewey, 1931), la logique française vise plutôt à « “comprendre le travail pour le transformer”, mais aussi à “transformer le travail pour le comprendre” » (Clot, 1999, n.p., dans Bourgeois et Durand, 2012).

Les études françaises se sont intéressées à la **problématique du stress** (f) vécu par les internes. En s'attardant sur le stress, ces études voudraient mettre à disposition les facteurs personnels et contextuels générateurs du stress chez les internes en situation de travail. Ces études prévoient que la connaissance des facteurs de stress faciliterait l'élaboration des stratégies visant à y faire face retardant ainsi la conséquence qu'est l'épuisement professionnel. Parmi ces études, nous avons retenu celle de Crémère (2014).

Dans sa thèse de doctorat, Crémère (2014) s'est attardée sur le stress que vivent les internes en médecine français-es tout au long de leur cheminement académique. Au lieu de se focaliser sur

le-la jeune médecin en formation, pour lui demander ce qu'est le stress et comment il ou elle le vit, la recherche de Crémère s'est plutôt intéressée aux facteurs de stress identifiés en milieu de travail qu'elle va comparer avec les facteurs de stress vécus par les internes, en dehors de leur milieu de travail, afin de faire des catégorisations. 17 entretiens ont été menés auprès des internes en médecine générale d'Île-de-France. Il s'en est suivi une double analyse verticale et horizontale visant à mettre en lumière les facteurs de stress susceptibles d'entraver le bon déroulement de l'apprentissage de ces publics.

Sur le plan de l'analyse verticale³⁹, cette recherche a fait ressortir les facteurs suivants : « manque d'expérience médicale » (*Ibid.*, p.36), « charge de travail » (*Ibid.*), « manque de connaissance » (*Ibid.*), « relation avec les patients » (*Ibid.*), « relation avec la famille des patients » (*Ibid.*), « ambiance dans l'équipe » (*Ibid.*), « manque d'encadrement » (*Ibid.*, p.37), « erreurs médicales » (*Ibid.*), « confrontation aux situations graves » (*Ibid.*, p.38), « fatigue ressentie » (*Ibid.*, p.39), « arrivée dans un nouveau stage » (*Ibid.*) et la « responsabilité médicale » (*Ibid.*). Au vu de ces résultats, nous constatons que Crémère s'est beaucoup plus attardée sur les conditions présentes dans le parcours d'internat en médecine, autrement dit sur la manière de penser les situations de travail.

Sur le plan de l'analyse horizontale⁴⁰, la recherche a identifié trois grands types de facteurs sur lesquels il faudrait agir pour réussir son internat à savoir : les facteurs de stress liés à

³⁹ Entretien par entretien. Analyse de chaque entretien pour mettre en lumière les facteurs de stress.

⁴⁰ Analyse des entretiens pour en ressortir les catégories conceptuelles

l'organisation médicale, les facteurs de stress liés à l'organisation pratique du stage et les facteurs de stress liés à l'étudiant-e lui-même-elle-même.

Après avoir répertorié ces différents facteurs de stress ainsi que leur corrélation avec la qualité de vie des internes en médecine, Crémère (2014) propose des pistes de solution visant à améliorer la gestion des conditions de travail de ces étudiants-es.

Tout d'abord, il est proposé de mettre en place des séances de consultations médicales des internes en médecine dès le début de l'externat. Pratiquement, Crémère suggère de créer des rendez-vous médicaux au rythme d'au moins un par année afin de dépister, parmi les internes en médecine, ceux et celles pouvant présenter des risques de stress professionnel et des risques de burn-out. Mais l'estime de soi étant renforcée par l'inscription en médecine (Brugier, 2012), ne peut-on pas associer le risque de masquer certains symptômes ou certains signes lors de la consultation médicale à l'attitude réflexive observée par le sujet qui tente de faire un rapprochement entre ce qu'il veut devenir et la considération dont il souhaite faire l'objet?

Ensuite, Crémère (2014) a proposé d'intégrer dans le parcours d'internat des groupes de parole et d'échange permettant aux résidents-es/internes en médecine d'exprimer leurs difficultés. Or, les futurs-es médecins seront-ils-elles en mesure de mettre à jour et de révéler leurs préoccupations, leurs difficultés devant d'autres médecins seniors qui sont aussi leurs superviseurs et donc leurs évaluateurs ou évaluatrices ? remarque Mahood (2014).

Crémère (2014) demande aussi de placer en situation supervisée les internes en médecine pour constater leurs réactions en situation de stress. Ce qui permettra de découvrir leurs différentes

réactions ainsi que les facteurs déterminant leur stress ou des risques de *burn-out*. Il est certain que les situations simulées constituent un puissant vecteur d'immersion dans l'univers virtuel en ce sens qu'elles favorisent la *mimesis* comportementale du-de la jeune médecin en formation (Bardière, 2012). Cependant la question demeure : est-ce que l'intelligence émotionnelle développée dans les situations stressantes simulées peut-elle réellement participer et de façon efficace à l'adaptation du sujet dans des situations stressantes réelles? (Schemeil, Bouillaud, Colson, David, Fauve, La Branche, et Magni-Berton, 2014).

La quatrième proposition de Crémère est de vulgariser l'offre de moyens de prévention des troubles psychiques chez les internes en médecine auprès des responsables de programmes universitaires en médecine, auprès des chefs de service hospitalier et auprès des internes en médecine eux-mêmes ou elles-mêmes afin que ceux-ci ou celles-ci prennent conscience de ces moyens et adoptent ainsi des mesures préventives. Bien qu'informées de la situation, les pressions sociales n'auront-elles pas une influence sur le comportement du-de la responsable universitaire, du-de la superviseur-e ou de l'interne en médecine ? En d'autres termes, les situations de stress proviennent du contexte universitaire et ne peuvent donc être caractérisées *ex nihilo* nous apprend Mahood (2014).

Enfin, Crémère (2014) demande la création d'un observatoire national de la santé des internes en médecine. Il s'agit d'un organisme proche du Réseau québécois pour la santé des médecins résidents-es. Ce qui amène à questionner la capacité de cet observatoire à éliminer les facteurs systémiques à l'origine de la souffrance des internes en médecine :

En France, près de la moitié des médecins généralistes seraient atteints, et leur taux de décès par suicide est 2,5 fois celui de la population générale¹³⁻¹⁵. Les internes, en tant que jeunes médecins en phase de professionnalisation et d'autonomisation, apparaissaient tout aussi exposés au SEP¹⁶⁻²². Ils sont intégrés dans les équipes soignantes avec leur propre (dés)organisation des soins, souvent en difficulté. Ils ont un programme de formation encadré par la loi, mais aussi un curriculum caché, transmis à l'insu du formateur, plutôt non-dit et partiellement non pensé, au-delà de la simple transmission du savoir et des habilités *dixit* Cordonnier, Bouteiller, Chatelard, Imbert, et Gaboreau (2019).

En somme, la recension des écrits montre que les variables initiatrices de la souffrance des résidents-es sont nombreuses, subtiles et non isolées les unes des autres. Des facteurs relatifs à l'individu et d'autres se rapportant à la situation de travail ont été identifiés et mis en relation avec la souffrance des résidents-es et des internes en médecine ainsi qu'avec leur difficulté à se développer. Des facteurs susceptibles de transformer la situation de travail en situation non formative ont été relevés et mis en association avec leur mal-être.

De plus, les programmes et structures mis en place pour améliorer les conditions de travail ont démontré leur inefficacité dans certaines situations. Aucune étude parmi celles recensées ne s'est attardée sur les stratégies mises en place par les internes et les résidents-es en médecine pour développer les apprentissages alors qu'ils ou elles font face à l'agressivité des aléas extérieurs. Ce qui dénote une limite du point de vue théorique. Même si les auteurs-es (Pineau, 1983; Jedlicka et Delaye, 1994; Robin, 2003; Maubant, 2013) ont théorisé sur l'apprentissage en situation, il reste à

adapter ces théories à l'apprentissage des médecins pour constituer un cadre de référence cohérent à l'autoformation des jeunes médecins en formation. Ce qui dénote une limite du point de vue méthodologique. L'ensemble de ces écrits nous a incité à situer cette étude dans une perspective théorico-méthodologique peu connue dans le domaine de la santé et de l'éducation, celle de l'apprentissage du-de la jeune médecin en situation alors qu'il ou elle est exposé-e à l'adversité.

2.3. Problème et questions de recherche

Notre ambition est grande compte tenu de la complexité du processus de professionnalisation et plus particulièrement du processus d'apprentissage des étudiants-es en médecine inscrits-es en résidence ou en internat en médecine. Autrement dit, si l'on veut proposer des modifications dans l'ingénierie des parcours de professionnalisation⁴¹ de ces publics, il convient d'analyser ce processus (complexe) avec la plus grande rigueur et précision. Étant donné que l'apprentissage en situation fonde les programmes de résidence ou d'internat en médecine, la conception de la notion de compétence dépasse « l'addition ou la juxtaposition de connaissances ou d'habiletés » (Sheila, Brodeur, Imbeault et Messier, 2007, p.4). La construction des compétences se faisant désormais par et dans l'alternance, la situation de travail représente, pour les résidents-es et les internes en médecine, un lieu de construction et de production de nouvelles façons d'agir ou de recombinaison de façons de faire habituelles (Wittorski, 1997).

Seulement, au regard des éléments de problématisation, nous constatons que les jeunes médecins en formation rencontrent en situation de travail des contraintes individuelles,

⁴¹ C'est la prise en compte des démarches et stratégies mises en œuvre dans la conception de dispositifs de formation afin d'atteindre efficacement l'objectif visé.

interindividuelles et organisationnelles qui bloquent la transformation de la situation de travail en situation d'apprentissage. La situation de travail devenue non formative, les résidents-es ou les internes en médecine se voient aussi exposés-es à des risques psychosociaux gage de la transformation du collectif de travail en un collectif de travail pathogène⁴².

Or des écrits⁴³, il en ressort que certains-es résidents-es ou internes en médecine parviennent à achever leur parcours de professionnalisation. Ils ou elles vont jusqu'à exprimer une certaine satisfaction⁴⁴ dans l'analyse de leur parcours de professionnalisation. Dès lors, pourquoi certains-es internes ou résidents-es en médecine réussissent-ils-elles à achever sereinement leurs parcours de professionnalisation? Autrement dit, quelles stratégies, quelles démarches les résidents-es en médecine québécois-es et les internes en médecine français-es développent-ils-elles en situation pour construire/produire des connaissances afin de réussir leur formation en résidence ou en internat?

⁴² Il en découle de cette mutation une génération de conséquences telles que la détresse psychologique, les maladies mentales, l'abandon de programmes, les cas avérés de suicide.

⁴³ « Les étudiants[-es] en médecine sont soumis[-es] à un niveau de stress important dès leur entrée aux études de premier cycle. La plupart réussiront à surmonter ces stress et à cheminer dans leur programme. Certains[-es] d'entre eux [elles], plus vulnérables, vivront plus difficilement que d'autres les différentes étapes de leur parcours académique, et notamment, le début des études postdoctorales [études médicales de 3^e cycle], lesquelles sont particulièrement exigeantes pour les étudiants[-es]» nous enseigne Descary (2015, p.5).

⁴⁴ « L'appréciation globale des étudiants[-es] sur leurs études de médecine est plutôt bonne. En effet, à l'affirmation "je suis satisfait par mes études de médecine", 10, 38% (+/- 0,7%) se disent tout à fait d'accord et 58, 05% sont plutôt d'accord ». Relevé de l'enquête de l'Association Nationale des Étudiants-es en médecine de France (2013) sur les Conditions de travail et de formation des étudiants-es en médecine, chiffres et ressentis.

Question de recherche :

Quels sont les facilitateurs des processus d'apprentissage expérientiel⁴⁵ constitutifs des parcours de professionnalisation des résidents-es en médecine du Québec et des internes en médecine de France?

⁴⁵ Formation expérientielle si nous nous tenons du côté de la conception européenne qui considère l'apprentissage expérientiel comme tributaire de deux temps articulés l'un à l'autre, la formation instituée et la formation expérientielle (Pineau, 1999).

COMPOSANTES DU CADRE THÉORIQUE

Il est essentiel pour répondre à notre question de recherche de proposer un cadre de référence dans lequel nous allons engager notre réflexion pour penser les conditions de la professionnalisation⁴⁶ des étudiants-es inscrits-es en résidence ou en internat en médecine. S'inscrire dans une formation professionnalisante suppose que le-la résident-e ou l'interne en médecine décide de s'engager dans un parcours dont le but est de réaliser un projet professionnel, mais aussi personnel (Guichard et Huteau, 2005). C'est aussi avoir décidé de supporter les contraintes et les coûts (antisocialités, conflits, émotions négatives, etc.) encourus tout au long de cette formation. Et parce qu'il existe un lien entre l'engagement, l'adaptation du sujet face à des situations de risque et le développement des connaissances (Acioly-Régner, Chaves et de Araùjo, 2011), le processus de professionnalisation s'en trouve menacé si le sujet ne réussit pas à surmonter les difficultés ou obstacles. Or « on ne pourra parler de résilience que longtemps après, lorsque l'adulte enfin réparé avouera le fracas » (Cyrulnik, 1999, p.16).

Cela veut donc dire d'une part, que les expériences traumatiques auxquelles les sujets font face ne sont pas vécues par tous de la même façon. D'autre part, que l'inégalité du vécu expérientiel traumatique⁴⁷ témoigne d'une inégalité de croissance post-traumatique⁴⁸ gage de l'engagement par les sujets résilients de facteurs de résistance et de riposte les ayant permis de développer des connaissances. Enfin du fait que le développement des connaissances découle de cette interaction entre l'élément traumatisant et le sujet, nous dirons avec Pineau (1983, p.24) que

⁴⁶ Consulté la définition de la professionnalisation en annexe C

⁴⁷ Les gens ne vivent pas de la même façon le traumatisme. Certains sont plus atteints alors que d'autres le sont moins.

⁴⁸ Le sujet ayant vécu un traumatisme, connaît des changements positifs dans sa vie.

la formation expérientielle découle « d'une formation par contact direct, mais réfléchi » (*Ibid.*). Et l'auteur entend « par contact direct » (*Ibid.*), un processus de formation « sans médiation de formateurs, de programmes, de livres, d'écrans et même de mots, et donc sans éléments différés, à chaud, du moins pour sa genèse » (*Ibid.* pp.24-25). Au vu de ce qui précède, le construit principal de notre recherche est l'apprentissage expérientiel⁴⁹.

L'apprentissage expérientiel associe deux termes : apprentissage et expérience. L'expérience comme dans expérientiel renvoie à deux conceptions épistémologiques irréconciliables (Finger, 1989). La première conception de l'expérience fait l'apologie d'une expérience découlant d'un construit social producteur de savoirs formalisables (Demailly, 2001). La deuxième et celle qui nous intéresse dans ce travail, sous-tend que l'expérience est vécue. En tant que telle, elle est subjective (Dewey, 1938; Rogers, 1976). Cet essai d'éclaircissement de la notion d'expérience introduit l'idée d'opacité (expérience vécue) dans le processus d'apprentissage expérientiel. Cette précision rejoint la conceptualisation de Pineau (1983) selon laquelle la formation expérientielle du sujet n'est pas que formelle, elle est aussi influencée par des facteurs informels : « la nuit, porteuse de sommeil, de rêves, de plaisir, de désirs, d'amour et de haine, est absente des théories éducatives dominantes ou reléguée dans la catégorie de fourre-tout de l'éducation informelle. Ces théories sont si scolarisées et disciplinées que le noir est évacué » (*Ibid.*, p.17). L'informel désignant ici la modalité d'accès aux savoirs et les savoirs eux-mêmes, le sujet s'engage sur la voie informelle parce qu'il éprouve des difficultés de construction des connaissances lorsqu'il emprunte les voies formelles de l'apprentissage. En ce sens le

⁴⁹ Ou formation expérientielle si nous nous plaçons du côté européen nous apprend Pineau (1999).

développement des sources/stratégies informelles pour développer des connaissances constitue une réalité qui s'impose à l'impétrant-e.

Au vu de ce qui précède, l'on observe que l'apprentissage expérientiel du-de la résident-e ou de l'interne en médecine est tributaire de l'exploitation de deux sources d'apprentissage : les sources formelles et les sources informelles. Les sources formelles sont reliées à l'apprentissage formel, c'est-à-dire à des canaux connus, institués, organisés et structurés. Le-la résident-e ou l'interne en médecine est obligé-e de fréquenter une faculté de médecine qui lui proposera un parcours et un programme de spécialisation. Après avoir été choisi-e par un programme de spécialisation, l'étudiant-e en médecine de troisième cycle passe par des stages successifs reliés à sa spécialisation pour devenir médecin spécialiste ou médecin généraliste (France) ou médecin de famille (Québec). Même si les apprentissages construits ou produits sont validés ou certifiés par les sources formelles, notons quand même que ces sources dites formelles peuvent se transformer en sources informelles lorsque l'homo-loquax (l'homme détenteur de connaissances déclaratives et conditionnelles) est obligé de céder le pas à l'homo-faber (l'homme qui construit des connaissances procédurales) et l'homo-sociabilis (l'homme qui tisse des liens tacites avec l'environnement pour s'approvisionner en savoirs expérientiels⁵⁰) (Robin, 2003). Ces sources informelles échappent au contrôle de l'interne et du-de la résident-e en médecine. Il ou elle est obligé-e de s'adapter aux situations de travail dont au départ, il ou elle ne perçoit pas qu'elles sont des situations porteuses d'apprentissages. Cet apprentissage prenant appui aussi bien sur des sources formelles qu'informelles découvertes *in situ* dénote d'un apprentissage en situation, la

⁵⁰ Ceux-ci facilitant la construction ou la production des connaissances procédurales.

situation professionnelle étant identifiée comme interface majeure de la construction des connaissances par et dans l'alternance.

1. UN ARGUMENTAIRE SUR LA PLUS-VALUE DE L'ALTERNANCE

L'alternance, au regard du paradigme de l'apprentissage proposé par Houssaye (1994)⁵¹, constitue la *condition sine qua non* d'une indispensable synergie des savoirs dans les espaces scolaires et de stage. Lorsque l'on convoque l'usage du mot « alternance » seul gage de l'adéquation « efficace » entre les connaissances professionnelles aux réalités des situations de travail, et que celui-ci s'accompagne *tout de go* de celui de professionnalisation (Vanhulle, 2007), l'alternance comme forme pédagogique s'impose pour deux raisons. La première est qu'elle prépare sur le plan professionnel, le-la jeune impétrant-e à la pratique d'un métier (pratiquer pour construire ou produire des connaissances). En second lieu, l'alternance sera un habitus transférable tant sur le lieu de stage que dans le cadre de la future activité professionnelle (recombinaison des façons de faire *via* la pratique réflexive interactionnelle)⁵².

⁵¹ « Un enveloppement mutuel et dialectique de la théorie et de la pratique éducative par la même personne, sur la même personne » (p.11).

⁵² L'habitation à la construction/développement des connaissances *via* le processus de confrontation des acquis, favorise le développement, en le-la résident-e ou l'interne en médecine, de la posture réflexive. Cette posture réflexive passe par un processus de transformation objectivée par l'amélioration de la façon de faire. Au fur et à mesure que le-la résident-e ou l'interne en médecine s'engage dans cette séquentialisation d'activités de confrontation des acquis et d'amélioration de la pratique, il ou elle se transforme aussi puisqu'il change de perspectives. D'ailleurs Mezirow (2001, p.24) ne dira rien d'autre lorsqu'il affirmera que « l'expérience renforce notre grille de sens personnelle en recentrant ou en élargissant nos anticipations du comment-les-choses-sont-supposées-être ».

Dans cette logique de transformation de connaissances dans une démarche de réflexion sur le vécu expérientiel, le-la résident-e ou l'interne en médecine construit ses propres connaissances à partir de ses expériences. L'alternance s'inscrit alors « dans une conception éducative cherchant à dépasser le clivage, voire la rupture séculaire entre le monde scolaire et le monde réel » *dixit* Maubant et Roger (2014, p.12).

Trois logiques de conception vont donc sous-tendre la finalité de l'articulation entre formation et travail (Zaouni-Denoux, 2011) : logique de qualification, logique de production et logique de l'emploi.

La logique de qualification est tributaire de la logique de formation à partir des apprentissages en situation authentique c'est-à-dire en situation réelle de travail. Il s'agit d'abord de choisir les terrains cliniques offrant des situations cliniques significatives c'est-à-dire congruentes avec la spécialité médicale choisie par l'étudiant-e en médecine inscrit-e au troisième cycle des études médicales. Il s'agit aussi de favoriser à la suite de l'expression des pratiques professionnelles, des moments de réflexion sur les pratiques, moments indispensables à la transformation de l'expérience et du-de la futur-e médecin. Il s'agit enfin d'accompagner les futurs-es médecins dans la synthèse des pratiques sur lesquelles réfléchir ainsi que dans le processus de transformation, condition *sine qua non* au « changement dans le travail par la recomposition et la formalisation finalisées des savoirs à partir des situations de travail » (*Ibid.*, p.67).

La logique de la production guide la capitalisation expérientielle. En formant dans les situations de travail, le-la résident-e ou l'interne en médecine découvre le métier de médecin mais

aussi apprend à apprendre dans et avec le collectif de travail. La transaction du-de la futur-e médecin avec le collectif de travail ouvre, dans une alternance intégrée, sur un changement simultané dans l'action et chez le-la futur-e médecin. Le but ici est de « révéler les potentialités formatrices, voire les potentialités d'apprentissage. » *dixit* Maubant (2013, p.31).

La logique de l'emploi fait référence à l'habitation du-de la résident-e ou de l'interne en médecine aux situations de travail qu'il ou elle aura à rencontrer dans le cadre de sa profession. L'immersion professionnelle a ceci de particulier qu'elle amène le-la futur-e médecin à prendre conscience de ses limites et donc de ses besoins de formation. « Ici la question des territoires et des temporalités ne se pose plus. Ce qui est déterminant, ce sont les situations au service de la qualification du futur travail et surtout, son adaptation aux réalités de l'emploi » (*Ibid.*).

Il ressort de ce qui précède un dépassement de l'alternance-exploitation. S'il existe un dialogue entre la faculté de médecine et le terrain clinique, la focalisation ne s'accroît pas sur l'occasion qui est donnée au-à la résident-e ou à l'interne de se former dans et par le travail mais plutôt sur ce que le-la jeune médecin en formation construit ou développe en termes de connaissances en lien avec l'exercice réel d'un acte de travail (alternance-production). Les auteurs-es ne disent rien d'autres lorsqu'ils ou elles affirment que « la "formation" à elle seule ne peut pas et ne pourra jamais tout : bon nombre de compétences, par nature, ne peuvent efficacement s'acquérir que dans et par l'exercice de l'activité de travail et non avant et/ou à côté; en outre, certaines compétences acquises en formation ont besoin d'être mises durablement en pratique pour être réellement maîtrisées » (Bourgeois et Durand, 2012, p.10). L'accent est mis ici sur « l'apprentissage du et au travail comme le passage de l'expérience au savoir » (Durand, 2012, p.75),

appelée dans le champ de l'ingénierie de la formation « apprentissage en situation de travail » (Mornata et Bourgeois, 2012, p.53).

2. DÉVELOPPEMENT DE L'ALTERNANCE, REGAIN DE L'APPRENTISSAGE EN SITUATION DE TRAVAIL

Si nous nous en tenons à l'historiographie médicale, nous constatons que l'apprentissage en situation de travail a toujours été le mode d'apprentissage privilégié en formation médicale. D'ailleurs ce réseau de transmission des savoirs et des identités dans et par la pratique professionnelle qu'est le compagnonnage, a existé au Québec (Goulet, 1997, p.118) : « durant les deux premières décennies du XIX^e siècle, la seule formation en médecine consiste en une sorte de “compagnonnage” ou “déricature” auprès d'un médecin reconnu que sanctionnent les bureaux d'examineur à Montréal et à Québec ». Ici le-la médecin sénior-e et le-la compagnon-ne entretiennent une relation de sympathie. Le-la futur-e médecin quittait sa famille et venait habiter chez le-la médecin sénior-e. Ainsi, assistait-il-elle à tous les actes médicaux posés. Le compagnon ou la compagne profitait des savoirs expérientiels du-de la médecin sénior-e. Comme le diront Bourgeois et Durand (2012, p.17), dans le compagnonnage, le-la médecin sénior-e « transmet son style en même temps que le métier lui-même » et les « rapports entre maîtres et compagnons sont de l'ordre du don et de la dette plutôt que d'un régime marchand » (*Ibid.*). Une fois formé-e, le-la médecin a le devoir de « faire don de ce qu'il a eu en héritage, il s'agit de transmettre ce qu'on a soi-même reçu, et qui sera transmis à son tour » (*Ibid.*, p.17-18).

L'on constate qu'à l'issue de cet apprentissage compagnonnique, le compagnon ou la compagne possède des savoirs que l'on peut documenter. Toutefois étant donné que cette

formation pratique était assurée par un-e seul-e médecin *dixit* Ferland (1987), celui-ci ou celle-ci transmet au compagnon ou à la compagne des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être contextualisés. L'absence de mesure des savoirs expérientiels capitalisés par un référentiel professionnel uniformisé ne facilite pas une description des fonctions, des tâches et les conditions d'exercice professionnel de manière prospective. Ce qui est cohérent avec ce type d'apprentissage puisqu'il ne s'agit pas de transmettre un savoir, mais d'initier au métier (Palheta, 2010).

La formation duale s'impose donc non seulement pour résoudre cette problématique d'absence d'outil commun à la formation pratique, mais aussi pour diminuer autant que possible le fossé se trouvant entre le référentiel professionnel et le référentiel de formation. L'innovation apportée par la formation duale était l'apprentissage du métier à l'hôpital alterné à la formation théorique dans une institution de formation médicale : « l'enseignement est essentiellement pratique, les cours magistraux sont remplacés par les séminaires qui peuvent se dérouler au sein d'autres structures que l'université. [...] Les internes [ou résidents-es en médecine] suivent les patients, diagnostiquent et prescrivent sous la tutelle d'un chef de clinique ou d'un professeur qui perçoivent un salaire » (Saint-Marc, 2011, p.34). On perçoit en toile de fond de cette assertion une « observation des cas et des pratiques à l'œuvre dans les hôpitaux » (*Ibid.*, p.27). On perçoit aussi un apprentissage de la médecine au pied du malade. On perçoit enfin un apprentissage *in situ* objectivé par une adaptation des connaissances aux situations professionnelles : « la pratique, la manipulation seront jointes aux expériences [...] peu lire, beaucoup voir et beaucoup faire »⁵³.

⁵³ Rapport de Fourcroy à la convention, au nom des comités de salut public et d'instruction publique (7 frimaire an III), p.6.

Dans cette démarche d'apprentissage en situation, on peut imaginer l'enseignant-e qui transmet des connaissances déclaratives et conditionnelles. Le-la résident-e ou l'interne en médecine ne devient expert-e dans la réalisation d'un acte de travail lorsqu'il ou elle prendra l'initiative de le mettre en pratique, mais aussi lorsqu'il ou elle transférera les connaissances conditionnelles dans d'autres situations. La sûreté de l'exécution de l'acte de travail sera assurée par la maîtrise de la procédure de réalisation de l'acte de travail. L'interaction avec le-la superviseur-e de stages ou le-la clinicien-ne enseignant-e implique que le-la résident-e ou l'interne en médecine soit guidé-e dans la façon de réaliser l'acte de travail et de traiter l'information reçue. L'adaptation en situation de travail tient alors à l'association des situations de travail et des différentes expériences. Elle tient aussi à l'association des différentes expériences, celles-ci n'étant pas toutes contributives à la construction ou production des connaissances en lien avec la réalisation de l'acte de travail.

Ce qui amène à penser l'alternance comme « une conception de la formation professionnelle qui consiste à faire interagir, dans une perspective dialectique, différents espaces-temps de formation visant l'apprentissage professionnel » (Maubant, 2007, p.78). Clénet (2002) et Robin (2003) questionneront la dimension existentielle du sujet confronté à deux logiques : celle de la capitalisation-accumulation d'expériences incarnées par les activités et celle de la formalisation-conceptualisation d'expériences d'acquisition de savoirs. Et la réussite d'un parcours de professionnalisation pour un-e interne ou un-e résident-e en médecine tiendra donc aux deux temps de la formation : un temps formel de formation et un temps expérientiel de formation.

3. LA SITUATION DE TRAVAIL, LIEU D'UNE VÉRITABLE ALTERNANCE DANS LES FORMATIONS DUALES

Le crédit attribué à l'apprentissage en situation tient au fait que la situation de travail offre des occasions pour les apprenants-es de transformer, construire ou produire des connaissances en lien avec le travail réel d'un métier. Il est question ici de la valeur formative du travail. Il s'agit aussi d'une prise en compte de l'objectivation des connaissances développées en situation de travail au regard des prescriptions et des interactions ayant contribué à la réalisation du travail prescrit. Le sujet qui réalise l'activité suit les règles prescrites. Il arrive aussi qu'il demande des directives supplémentaires lorsqu'il bute sur une situation imprévue.

Maubant (2013, p.184) ne dit rien d'autre lorsqu'il dit que « le sens construit par le sujet est sans doute en grande partie un sens décidé en amont de la situation ». Ce second niveau soit les dialogues entre le sujet et l'environnement sous-tend « des rapports de sens au réel » (*Ibid.*, p. 220). Ce qui demande à considérer ou à voir « en quoi ces rapports de sens peuvent constituer des aides ou des freins à l'apprentissage » (*Ibid.*).

La prise en compte des facilitateurs à l'apprentissage va en contradiction avec le modèle d'apprentissage expérientiel théorisé par Kolb (1984) puisqu'il fait abstraction « des filtres qui faussent nos ressentis [ainsi que] des influences qui sont à l'origine de nos représentations » (Landry, 2005, p.1).

Pourtant le-la jeune médecin en formation construit des connaissances en interaction avec le milieu dans lequel il passe sa résidence ou internat en médecine et celle-ci (construction des

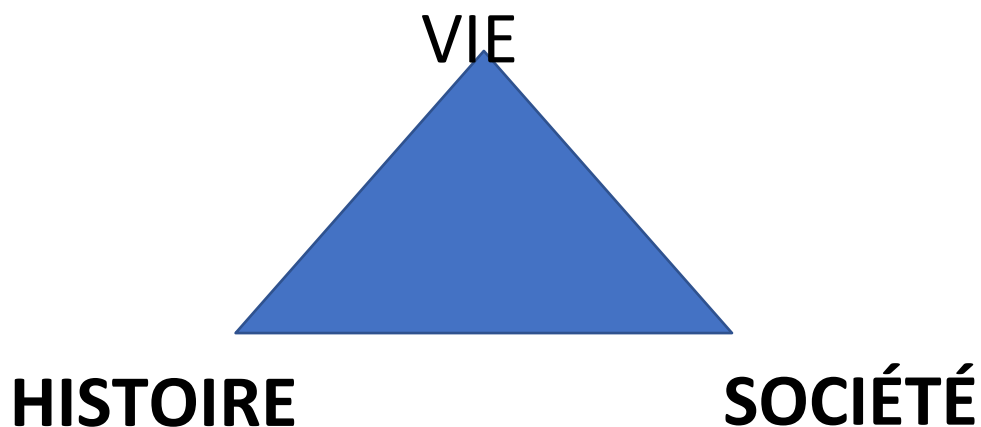
connaissances) est majoritairement influencée dans le rapport entretenu entre le-la résident-e ou interne en médecine et le-la médecin sénior-e ou clinicien-ne enseignant-e. Le modèle de Dilthey a donc toute sa place puisqu'il oblige à une considération des allants de soi nés dans le contact direct du sujet avec l'action et qui laissent jaillir les impressions premières, puis des conflits sociocognitifs, mais aussi des émotions tel énoncé par Dumazedier (2002). C'est ici que le modèle diltheyien prend le dessus sur le modèle de Kolb qui semble négliger la prégnance de l'implicite sur l'activité réalisée. Si avec Dilthey (Finger, 1984), l'informel a une emprise sur le formel, l'informel profite des défaillances du formel pour s'exprimer. Dans ce sillage, le modèle expérientiel de Dilthey servira d'analyseur du discours des personnes interrogées.

3.1. Le modèle d'apprentissage expérientiel de Dilthey

Au regard de la théorie développée par Kolb (1984), il en ressort une focalisation sur le rendement. En d'autres termes, ce qui intéresse l'opérateur ou l'opératrice c'est l'expérimentation, c'est-à-dire le trajet emprunté par le sujet pour construire ses compétences dans et par des apprentissages expérientiels. Ce qui est certain, c'est que le modèle de Kolb sied mieux au contexte pragmatique et néo-capitaliste nord-américain qui « s'enracine dans la philosophie progressiste et pragmatique » (Finger, 1989, p.41) et qui se préoccupe du rendement. Dans cette perspective, le sujet est considéré comme un moyen, la fin étant le rendement. L'apprentissage expérientiel cherche « l'adaptation de l'individu à cette dernière [la société capitaliste] » (*Ibid.*, p.40). Supposons même que la quête du rendement soit à l'origine de cette vision fonctionnaliste de l'apprentissage expérientiel, s'intéresse-t-elle à ce que vit le sujet dans le processus d'apprentissage expérientiel ? En ce sens, « Deux reproches sont faits au cycle de Kolb qui ferait

la part trop belle à la recherche d'efficacité : il ne permettrait pas de donner du sens à l'expérience par manque d'historicité (M. Finger) et il n'amènerait pas à remettre en cause les "allants de soi" cognitifs, affectifs et sociaux (Dumazedier) » (Landry, n.d., p.1).

La prise en compte de la prégnance de l'implicite sur l'activité est traduite chez Dilthey par : « la société et l'histoire [...] créés et vécus par l'homme et par conséquent compréhensibles par ce dernier. L'homme ne leur est donc pas extérieur, et ne peut alors pas, pour les connaître, utiliser les méthodes (distantes) des sciences naturelles. De plus, la société et l'histoire forment pour lui une unité qui se réalise dans la vie (Leben) d'un individu. L'objet de Dilthey prend alors la forme d'une trinité où l'un ne peut être compris sans l'autre » (Dilthey, n.d., n.p., dans Finger, 1984, p.82). Le schéma 1 ci-dessous reprend en quelque sorte ce que nous venons de dire à propos de l'objet diltheyien.



Adaptée de Finger (1984, p.82).

Schéma 1. L'objet diltheyien

Au regard de ce qui précède, nous constatons que le modèle expérientiel de Dilthey se nourrit des reproches faits au cycle de Kolb. Nous l'avons rappelé plus haut. Tout d'abord, il se confirme que le modèle de Kolb a été conçu dans un contexte dominé par la philosophie pragmatique de Dewey dans laquelle la connaissance vraie est celle qui sert à quelque chose de concret dans la vie du sujet (Courtois et Pineau, 1991). Il était donc urgent de conceptualiser un modèle structurel d'apprentissage dont l'objet principal serait de concilier les pôles théorie et pratique pour permettre au sujet de transformer la réalité. En observant avec attention le cycle expérientiel de Kolb, l'on constate d'une part que celui-ci s'est beaucoup plus attardé sur la transformation de l'expérience en connaissances réutilisables. Dès lors, l'expérience d'aujourd'hui prépare le sujet à la réussite de ses expériences futures. D'autre part, ce processus de continuité transactionnelle de l'expérience laisse percevoir les styles d'apprentissages permettant de catégoriser les individus en situation d'apprentissage. Si dans son modèle, Kolb fait abstraction « des filtres qui faussent nos ressenties [ainsi que] des influences qui sont à l'origine de nos représentations » comme rapporté par Landry (2005, p.1), cet auteur a apporté la notion de capacité réflexive du sujet déterminante dans le renouvellement et le développement des compétences. *In fine*, Kolb s'est occupé de ce qui se passe à l'extérieur du sujet alors que Dilthey s'est plutôt attardé sur ce que vit le sujet dans le processus d'expérimentation.

Auparavant, si nous nous en tenons aux travaux de Finger (1984, p.82), Dilthey a été influencé par trois courants philosophiques à savoir le « néo-kantisme, [...] l'historicisme et [...] l'herméneutique ». Ainsi de Kuno Fischer (néo-kantiste), il a appris, après des études compréhensives en histoire et en philosophie que la connaissance de la réalité n'est pas une donnée

a priori, mais plutôt une connaissance *a posteriori*. En d'autres termes, la connaissance de la réalité découle de l'expérience et ne peut s'en écarter. Cela implique le fait que nous n'avons accès qu'à ce qui paraît et non à ce qui est en soi. La saisie de l'essence est donc indispensable à la compréhension de ce qui paraît (les phénomènes). Et puisque les moyens dont dispose le sujet pour appréhender cette réalité sont multiples, il existe donc une diversité d'explication de la réalité tant du côté des sujets qui vivent l'expérience que de ceux qui analysent le vécu expérientiel. Des travaux de Mommsen et Ranke, Dithley s'affranchit de la froideur du bon sens kantien pour s'émanciper dans le royaume du merveilleux et de l'idéal (*Ibid.*). Sa thèse d'habilitation en théologie intitulé *Biographie de Schleiermacher* témoigne de l'engagement de Dilthey pour la théorie générale de la compréhension du réel, marquée du sceau du romantisme visant à rechercher la réalité correspondante à l'esprit dans l'intérieur de la conscience et non plus dans sa correspondance avec le monde sensible. La connaissance de la réalité ne se trouve plus dans son accord parfait avec la forme ou l'idée, mais dans la conscience elle-même. C'est une quête spirituelle de la réalité.

L'esprit s'épanouit lorsqu'il abandonne la réalité extérieure pour se replier sur lui-même dans la perspective d'atteindre la beauté spirituelle se trouvant dans les profondeurs de sa nature intime. Insatisfait une fois de plus de ce romantisme qui l'amène à une connaissance abstraite, Dithley propose, sans pour autant s'écarter totalement de ce courant, d'y inclure le vécu expérientiel personnel dans l'acte de la connaissance : « puisque cette expérience intérieure guide et oriente la compréhension, le seul moyen d'objectivité réside alors dans l'explication de la perspective de l'interprétant, la rendant par ce fait susceptible d'être mise en question » (*Ibid.* p.84). Dilthey

ajoutera à son héritage philosophique la conception herméneutique de la réalité pour laquelle « l'individu (connaissant) est avant tout un produit de l'interaction sociale » (*Ibid.*, p.85).

En ce sens, il est à même de présenter l'objet du monde tel que celui-ci lui ait apparu avec ce que cela signifie pour lui : « les performances constitutives sont alors celles des individus qui, éprouvant quelque chose, peuvent interpréter leurs expériences vécues et qui, selon la formule de Ferry, pouvant comprendre ce qu'ils éprouvent, peuvent dire ce qu'ils comprennent et, disant ce qu'ils comprennent, peuvent s'entendre sur ce qu'ils disent » (Zaccaï-Reyners, 1996, p.10). Le schéma 2 ci-dessous présente le champ d'investigation de Dilthey

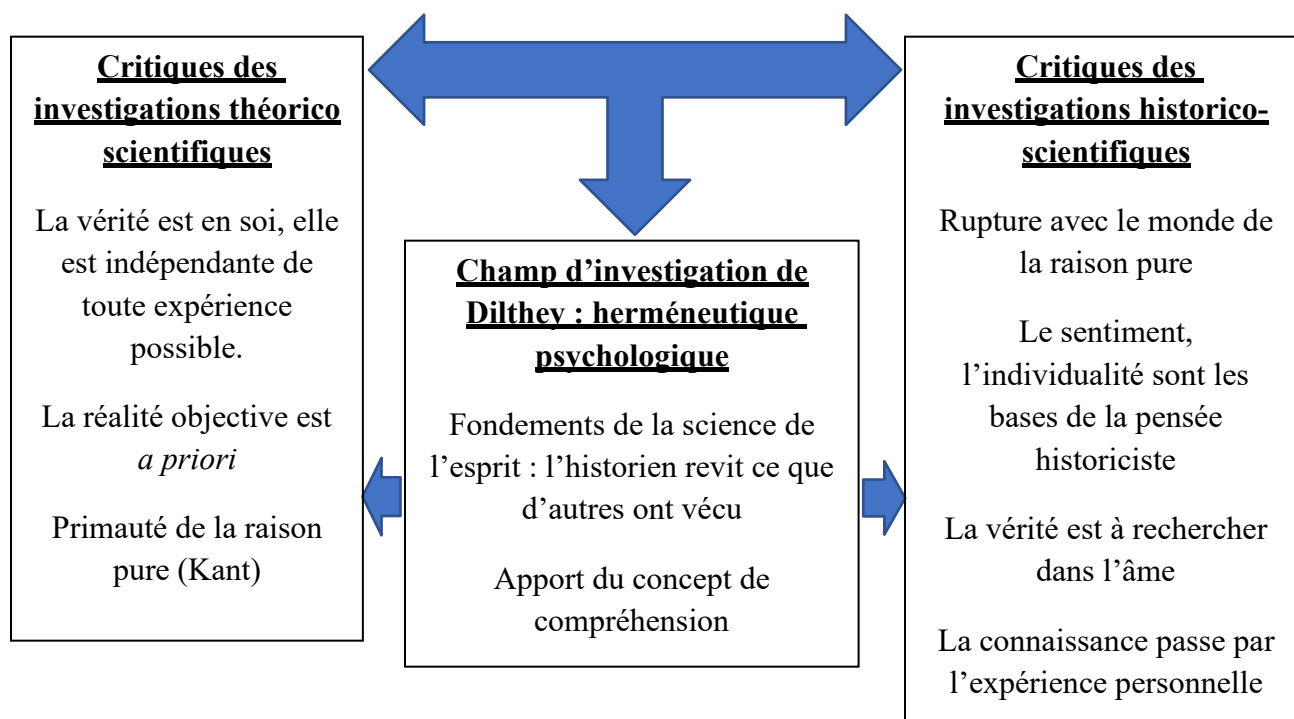


Schéma 2. La recherche chez Dilthey

De ce qui précède, il ressort que dans la conception diltheyienne, la pré-compréhension est un tournant décisif dans le processus de compréhension (et plus tard d'explication) du vécu

expérientiel. Le sujet a une expérience du phénomène. L'opérateur ou l'opératrice a cependant une idée de ce qu'est le phénomène. En entrant donc en collusion avec le sujet, il se crée du fait du cercle herméneutique, une co-crédation du sens à donner au vécu expérientiel du sujet. Ce travail sur le concept de compréhension montre que Dilthey crée une distinction entre compréhension et explication. L'analogie de cette opposition est dans la différence qu'il opère entre théorie (compréhension) et pratique (explication). La finalité de la pratique ou de l'explication est de transformer la réalité afin d'améliorer les conditions d'existence des sujets. Si, avec Kant, Dilthey a perçu les vertus de la théorie par rapport à la pratique (la pratique sans la théorie est aveugle), il a aussi appris que toute théorie sans application pratique n'apporte rien d'utile dans la façon de faire des individus. Autrement dit, si l'explication permet de prédire les lois effectives de la nature, c'est-à-dire la prise en compte des faits concrets, ce qui appelle à l'observation directe, à la constatation des faits et à la prise en compte de l'expérience ; la compréhension n'est cependant pas dénuée d'utilité. La compréhension reste « rattachée à son objet spécifique qui est la réalité historique et sociale » souligne Finger (1984, p.86). En ce sens, il existe une relation entre le sujet et le monde dans lequel il vit. Autrement dit, toute connaissance est propre à tous les individus partageant un même milieu.

Au vu de ce qui précède, nous pouvons dire que chez Dilthey, l'explication objective de la réalité est tributaire de la compréhension de celle-ci. Toutefois, la distanciation réflexive par rapport à soi renforce la compréhension de la réalité. En d'autres termes, il faudrait se tenir à l'extérieur de soi, ce qui permet au sujet de se regarder comme un objet social. Ce passage en revue, cette remise en question du vécu expérientiel a ceci de bénéfique qu'elle facilite la

réification des expériences personnelles, comme une forme concrète au vécu expérientiel. Le questionnement des expériences facilite aussi la co-crédation du sens donné à la signification de l'objet. Si le sujet a vécu l'expérience, il est donc à même d'exprimer les expressions ressenties tout au long du vécu expérientiel. En ce sens, les faits ne sont jamais séparés de l'affectif ni du social d'autant plus que leur compréhension demande aussi de prendre en compte les perceptions, les sensations et les impressions du sujet. Pour pénétrer l'ordinaire de vie des sujets, il faudrait procéder par l'engagement de ce qui rend compte du monde de la vie de ceux-ci, c'est-à-dire le recueil du discours comme l'affirme Zaccari-Reyners (1996). Le schéma 3 reprend le cycle de l'apprentissage expérientiel de Dilthey.



Schéma 3. Cycle de l'apprentissage expérientiel de Dilthey

Analogiquement, ce qui ressort de ce schéma, c'est l'apprentissage du contexte dans lequel l'apprentissage doit être utilisé. Plutôt que d'avoir des moments de formation qui vont se passer dans un lieu éloigné du terrain de pratique, on assiste à une facilitation du transfert de ce qui est appris par la proximité avec la situation de travail.

3.2. La situation soutient le caractère expérientiel de l'apprentissage : le cas de Dilthey

En situation de travail, la construction des connaissances est tributaire de la participation active aux activités de travail ainsi que de la facilitation de l'environnement dans la résolution des situations jugées difficiles. La prise en compte des contraintes locales amène à découvrir qu'en situation de travail, il ne s'agit pas seulement de faire preuve de prouesse intellectuelle, il faudrait aussi apprendre à se situer dans un groupe social (Robin, 2003). Ce qui nécessite le développement des habiletés pour non seulement gérer les humeurs des membres du collectif de travail mais, aussi pour « mieux assumer les conflits, voire des rivalités » (*Ibid.*, p.4).

3.2.1. La situation de travail, lieu d'apprentissage dans sa complexité interactionnelle

Les contraintes interindividuelles ou la quasi-absence du tuteur ou de la tutrice obligeant l'interne ou le-la résident-e en médecine à développer des sources informelles pour s'en sortir dans des situations de travail jugées difficiles, le besoin de développement des connaissances est associé à une nécessité impérieuse soit celle de combler un « manque, élément-clef et moteur qui permet par la suite d'entrer dans un processus d'apprentissage » *dixit* Robin (2003, p.4).

Cette émancipation de l'interne ou du-de la résident-e en médecine dans une quête informationnelle dont il sait *a priori* qu'il ou elle est le seul maître du jeu c'est-à-dire celui ou celle

à qui l'action est imputable, s'apparente à l'adage vulgaire selon lequel « qu'importe que le chat soit noir ou blanc pourvu qu'il attrape les souris ». Autrement dit, dès lors que l'information que je reçois me permet de m'en sortir dans une situation jugée critique ou difficile, je la considère. Les ressources informationnelles ne sont plus formelles : « les formes diurnes d'éducation disparaissent et s'estompent. Elles se déforment, se transforment et même éclatent : plus de livre, plus de programme, plus de contenu, plus d'objet bien distinct et même plus de sujet bien délimité » *dixit* Pineau (1983, p.22).

Le sujet se débrouille comme il peut. Il découvre que la collaboration avec le collectif de travail n'est pas toujours sans ambiguïté. En situation de travail, si on lui apprend le métier, on lui apprend aussi un savoir relevant d'un curriculum caché :

c'est l'apprentissage des jeux de coulisses, des rapports de force et de pouvoir, des coups tordus, des règlements de compte, des faux procès qui vont bouleverser les représentations naïves du débutant [interne ou résident-e en médecine] qui vit son atterrissage sur la "la planète-travail" (Riverin-Simard, 1984) sous le mode du choc culturel *dixit* Robin (2003, p.4).

Le corollaire est la connotation négative. La perception négative peut provoquer chez le sujet une impression défavorable à la situation et avoir par la suite un effet négatif sur l'estime de soi. Le-la résident-e ou l'interne en médecine se sentant ainsi incapable d'atteindre l'objet-but⁵⁴, est préoccupé par une détresse psychologique susceptible d'aboutir à une décompensation

⁵⁴ (réussir son parcours de professionnalisation et donc devenir médecin)

psychopathologique s'il ou elle ne met pas en place des mécanismes visant à résister à l'adversité (Touzin, 2014; Favereau, 2018). En revanche, la connotation négative peut aussi, comme c'est le cas avec les jeunes médecins en formation qui sortent du péril et deviennent d'excellents-es professionnels-les, favoriser la perception d'éléments négatifs, les menaces et inviter le sujet à aller au-delà de son impression tout en se focalisant sur les détails (Morice-Ramat, 2015).

3.2.2. En situation de travail, l'apprentissage est intentionnel⁵⁵ de la part de l'apprenant-e

La perception des menaces à la réalisation du projet amène le-la résident-e ou l'interne en médecine à s'ouvrir aux autres et à l'environnement social pour rechercher du réconfort nécessaire à sa sécurité et donc à son fonctionnement autonome. Pendant cette période d'ouverture existentielle, le-la futur-e médecin constate d'une part que l'environnement l'agresse. Cet environnement qui se comporte comme un stresser occupationnel génère en lui ou elle une réaction émotionnelle négative qui l'oblige à développer des facteurs de résistance et de riposte pour faire face et se développer malgré tout. D'autre part, il ou elle constate qu'apprendre en situation de travail ce n'est pas seulement exercer une activité sur le réel, c'est aussi vivre le rapport à la contrainte.

Les contraintes à l'origine de la souffrance des résidents-es ou des internes en médecine obligent ces publics à être dépendants-es dans un premier temps d'un environnement maternel. Pendant cette période de dépendance, l'interne ou le-la résident-e en médecine bénéficie de la présence du-d'une mentor-e pour construire ses connaissances. Cet assujettissement stratégique

⁵⁵ L'apprentissage intentionnel souligne que c'est le sujet qui engage la procédure d'apprentissage même s'il est accompagné tout au long du processus.

est sous-tendu par une intelligence engendrant et entretenant une volonté de bénéficier aussi bien des faveurs que de l'attention du-de la superviseur-e de stages. Le corollaire est très souvent le comportement du-de la superviseur-e de stages s'apparentant à celui d'un-e mentor-e qui facilite le processus de socialisation et de maturation en laissant assez d'autonomie au-à la jeune médecin en formation. En ce sens, le-la superviseur-e de stages semble apparaître comme une personne nourrissante qui « confirme l'autre dans ce qu'il est et ce qu'il devient ; valorise l'autonomie de l'autre. Le mentor reconnaît que l'autre a sa vision des choses, ses valeurs et son propre centre de décision qui sont différents des siens » (Houde, 1996, p.38). Le-la mentor-e suffisamment bon-ne, s'éloigne progressivement du-de la jeune médecin en formation afin que celui-ci ou celle-ci développe son self. Ceci pour éviter le développement chez le-la futur-e médecin des angoisses lorsqu'il ou elle se retrouvera seul-e dans sa futur-e activité.

Il peut arriver que le-la résident-e ou l'interne en médecine soit exposé-e à des intentions stratégiques (critiques ou évaluation jugée négatives) empêchant la réalisation de l'activité. Pour se sortir du péril, le-la jeune médecin en formation développera des facteurs de résistance et de riposte. Il peut aussi arriver que le-la résident-e ou l'interne en médecine soit associé-e à un-e superviseur-e de stages⁵⁶ aux prises avec des exigences constitutives de sa fonction.

⁵⁶ Il ou elle est à la fois médecin c'est-à-dire prenant en charge les patients-es ; évaluateur ou évaluatrice de stages appréciant ainsi le travail des futurs-es médecins ; enseignant-e dispensant les enseignements à la faculté de médecine.

3.1.3. La prise en compte des allants de soi cognitifs, sociaux et émotifs

La surcharge de travail des superviseurs-es de stages obligeant à faire des choix d'activités, une marge de liberté est laissée aux jeunes médecins en formation pour organiser leur ordre de nuit *dixit* Pineau (1983). La disparition des superviseurs-es⁵⁷ de stages inaugure non seulement une détente des rapports sociaux mais aussi une disparition des objets et des sujets de formation. Les informations que le-la résident-e ou l'interne recueille ça et là témoigne d'une hétérogénéité des sources informationnelles. Ces différenciations entraînant avec elles des inégalités en matière de connaissances et à son accès démontre une contextualisation des savoirs expérientiels inaugurant des façons de faire propres aux terrains cliniques. La faculté de médecine d'attache ne contrôle pas ces nouveaux savoirs.

Un cas de figure peut se présenter. Le médecin sénior n'est plus la bonne « mère ». Il emprisonne le-la résident-e ou l'interne en médecine « dans ses jugements, ses exigences, ses besoins, ses aspirations, ses désirs [...] l'infantilise, fait [au-à la résident-e ou à l'interne en médecine] des demandes excessives et contradictoires; exerce [sur lui] des pressions continues » déclare Houde (1996, p.38). Le-la résident-e ou l'interne, du fait du régime nocturne⁵⁸ de la formation, acquiert des savoirs tacites qui l'aident à valider sa résidence ou son internat en médecine. Ne pas s'intéresser au vécu expérientiel du-de la résident-e ou de l'interne tout au long du parcours de professionnalisation serait oublier la place majeure du régime nocturne dans la formation expérientielle du sujet qui émane des « pratiques si éloignées des champs éducatifs

⁵⁷ Absence momentanée des superviseurs-es de stages.

⁵⁸ Ce que nous entendons par régime nocturne, « ce sont des pratiques non instituées de formation. Des pratiques peu différenciées, informelles, non formelles, sans programme, sans formateur, par contact direct, singulier, sauvage ! » *dixit* Pineau (1983, p.23).

institués » *dixit* Pineau (1989, p.24). Les sources d'apprentissage informelles assistant le-la résident-e ou l'interne en médecine à ce moment-là releveront donc de l'insolite puisqu'on se trouvera en présence de réalités invisibles et souterraines. Dans ce contexte d'éducation informelle, l'apprentissage découle d'une opération de mise en sens, de mise ensemble des connaissances prises ça et là. Cette opération de synthèse n'est pas intentionnelle de la part du-de la futur-e médecin. Elle s'impose à lui et il ou elle se sent obligé-e d'agir et/ou de réfléchir. Par le processus d'autoréflexion, le-la résident-e ou l'interne en médecine remet en question ce qu'il ou elle apprend, parce qu'il ou elle se sent submergé-e par le quotidien, ce qui produit chez lui ou chez elle une crise⁵⁹. La crise de l'apprentissage s'apparentant à une rupture d'équilibre, à une incapacité ou difficulté d'accommodation en situation de travail, place le-la jeune médecin en formation dans une situation où il ou elle est appelé-e à développer un apprentissage autonome facilité par des expériences convoquées pour résoudre les crises internes⁶⁰ au-à la jeune médecin en formation. Le défi ici est conceptuel soit la compréhension des attributs de l'apprentissage en situation échappant au contrôle de la faculté de médecine.

4. LE PROBLÈME SPÉCIFIQUE ET L'OBJECTIF DE RECHERCHE

Nous attarder sur l'apprentissage en situation n'est pas anodin. Les résidents-es et/ou internes en médecine sont confrontés-es à des situations limites et vivent pour certains-es leur quotidien professionnel sous le mode de la détresse psychologique (Cintas, Cousineau et Langlois, 2016). Et les jeunes médecins en formation qui sortent du péril sont ceux ou celles qui bien

⁵⁹ Rupture d'équilibre, incapacité ou difficulté de s'accommoder.

⁶⁰ Le développement des facteurs de protection est associée à l'éclatement de la crise.

qu'ayant bénéficiés des leviers « hétéroformateurs⁶¹ » et « écoformateurs⁶²», ont mobilisé ou développé en plus des processus « autoformateurs⁶³ » les rendant plus performants que ceux ou celles qui s'en sont moins servis. La dimension existentielle étant au centre de la mobilisation de ces facilitateurs, nous poursuivons l'objectif suivant qui met la question de l'autoformation au centre de la présente enquête :

Modéliser le processus d'autoformation⁶⁴ expérientielle existentielle des résidents-es en médecine québécois-es et des internes en médecine français-es exposés-es à l'adversité⁶⁵.

Cet objectif général, qui souligne l'intention de la recherche, a été scindé en trois objectifs opérationnels ou spécifiques :

- ✓ Décrire et analyser les conceptions des processus d'apprentissage expérientiel en jeu dans les parcours de professionnalisation des résidents-es en médecine du Québec et des internes en médecine de France;
- ✓ Identifier et analyser les facilitateurs des processus d'apprentissage expérientiel en jeu dans les parcours de professionnalisation des résidents-es en médecine du Québec et des internes en médecine de France;
- ✓ Repérer et caractériser, parmi ces facilitateurs, ceux relevant de situations et de processus d'auto-formation.

⁶¹ Apprentissage facilité par les autres (cliniciens-nes enseignants-es, superviseurs-es de stages)

⁶² Apprentissage facilité par l'environnement social (co-internes, co-résidents-es, etc.)

⁶³ La dimension existentielle, ce que le sujet fait de ce qu'il retire de la relation formatrice avec les autres et l'environnement social.

⁶⁴ Voir en annexe B, les définitions, conceptions et dimensions de l'autoformation

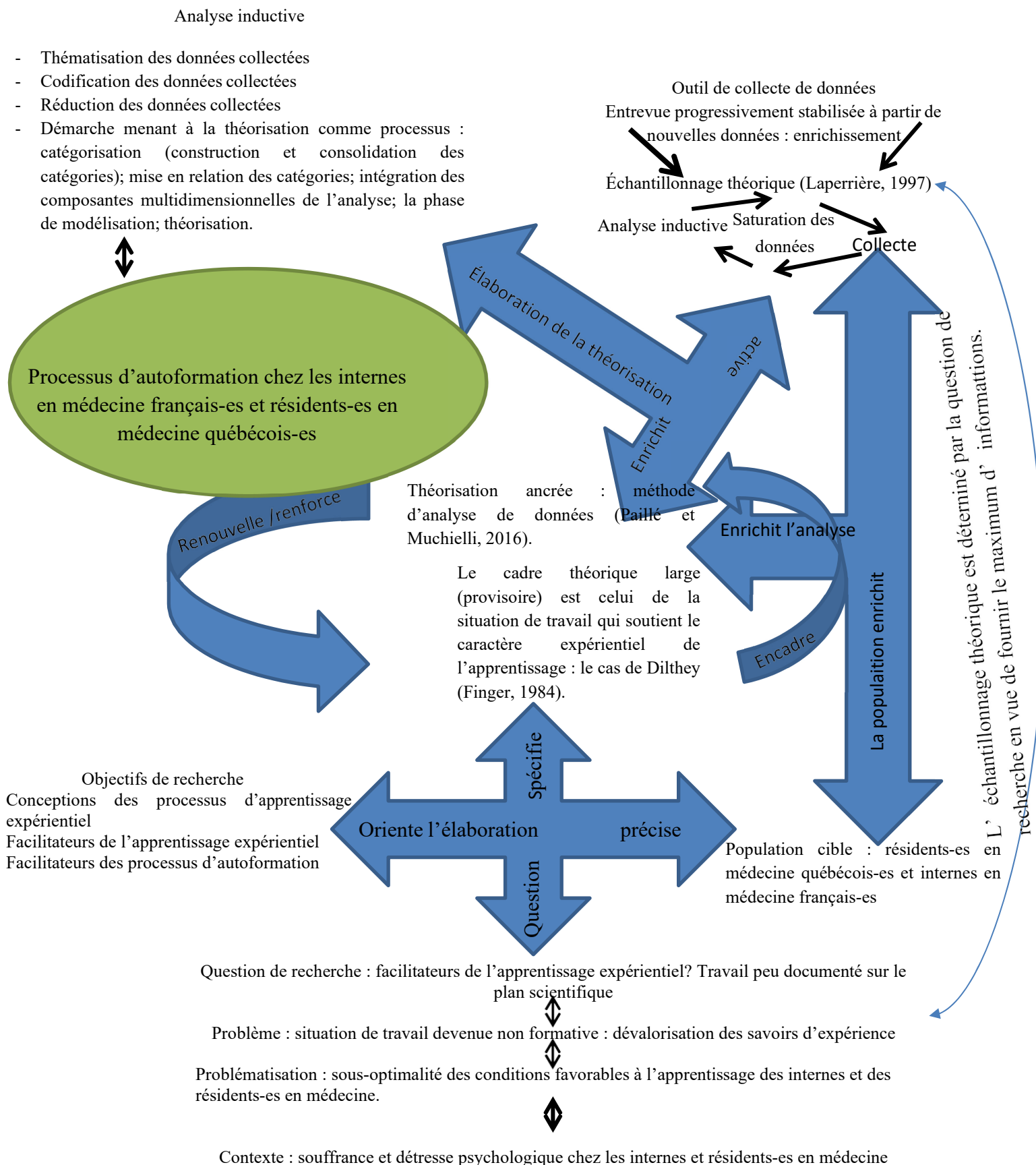
⁶⁵ L'adversité fait référence aux facteurs de vulnérabilité évoqués tout au long de la problématisation et de la définition du contexte d'étude.

5. SCHÉMA GÉNÉRAL DE LA PROBLÉMATIQUE, DU CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE

Pour atteindre nos objectifs de recherche, nous avons élaboré un cadre théorique autour du concept d'apprentissage en situation, la situation soutenant le caractère expérientiel de l'apprentissage. La complexité relationnelle vécue en situation de travail oblige les résidents-es et les internes en médecine à développer, à côté des canaux informationnels institués, des sources informationnelles informelles capables de les aider à se sortir du péril au moment opportun. Il ne s'agit plus seulement de démontrer que l'on soit capable de répondre à la question⁶⁶ juste au moment opportun mais plus encore, d'apprendre à vivre dans et avec le collectif de travail. Comprendre le contexte de formation des jeunes médecins en formation revient à considérer aussi bien des intentions stratégiques entavant le processus d'apprentissage de ces publics que des réalités invisibles facilitatrices de leur apprentissage. Ce qui nous amène à opter pour la théorisation ancrée comme méthode de recherche et d'analyse pour théoriser le processus d'autoformation de ces publics. Le schéma 4 est donc évocateur. Il facilite la visualisation de l'ensemble de la thèse ainsi que sa cohérence argumentative mais aussi, il permet de voir le cadre méthodologique dans lequel sera énoncé et décrit la méthode et les techniques utilisées aussi bien pour la collecte de données que pour leur analyse.

⁶⁶ question = difficulté à résoudre dans une situation de travail.

Schéma 4. Carte heuristique intégrant question de recherche, cadre théorique et problématique



MÉTHODOLOGIE

Dans le cadre théorique et conceptuel, nous avons proposé le cadre dans lequel nous avons engagé notre réflexion pour répondre à la question de recherche. Nous y avons présenté le modèle ou l'analyseur qui guidera le travail systématique de collecte, d'analyse de données, qui doit suivre. Pour y arriver, il est nécessaire de passer par un cadre méthodologique dans lequel nous allons exposer les étapes à suivre pour passer de la confrontation à la réalité et ainsi déboucher sur la phase de constatation.

1. CONTEXTE DE L'INVESTIGATION

Nous proposons de conduire un travail de recherche sur deux contextes géographiques : le Québec et la France. Le Québec, situé en Amérique du Nord, est une province canadienne. Pour des raisons de faisabilité, nous avons jugé opportun de réaliser notre travail dans une seule province canadienne. La France est un pays d'Europe de l'Ouest qui du fait de l'histoire, se rapproche du Québec⁶⁷.

Une enquête exploratoire menée auprès des intervenants-es du domaine de la santé (médecins généralistes, médecins de famille, médecins spécialistes), a permis de constater que les processus clandestins engagés par les étudiants-es en médecine inscrits-es au 3^e cycle des études médicales pour se sortir du péril ne leur étaient pas étrangers. Toutefois, ces médecins séniors-es ne parvenaient pas à les identifier encore moins les décrire. Si nous nous référons aux recherches effectuées avec les moteurs de recherche utilisés (voir éléments de problématisation), nous

⁶⁷ Ne dit-on pas que le Québec est la Nouvelle-France.

constatons qu’une seule étude a été recensée soit celle du *Recours à l’apprentissage expérientiel dans la transformation de la pratique médicale de six professionnels dans le contexte de la pandémie du Vih/Sida* (Jacob, 2012). Ce qui nous a amené à situer notre travail de recherche dans le registre des recherches peu documentées sur le plan scientifique.

2. UNE RECHERCHE DE TYPE EXPLORATOIRE

La recherche de type exploratoire peut être définie comme étant une démarche inductive visant à identifier des problèmes complexes. Et qui dit problématique complexe, dit problématique qui n’apparaît pas clairement à notre esprit du fait qu’elle est compliquée, difficile à comprendre (*Ibid.*). Sur le plan opérationnel, une recherche de type exploratoire est d’une part peu documentée au plan scientifique. C’est pourquoi dans ce type de recherche, le-la chercheur-e est obligé-e de construire l’objet de sa recherche à partir des idées qu’il-elle prend la peine de mettre en relation. D’autre part, elle « permet de se familiariser avec les gens et leurs préoccupations. Elle peut aussi servir à déterminer les impasses et les blocages susceptibles d’entraver un projet de recherche à grande échelle » (Deslauriers et Kérisit, 1997, p.88).

Il ressort donc que la recherche exploratoire⁶⁸ a pour objectif premier de « combler un vide, pour reprendre les termes de Van der Maren (1995) » (Trudel, Simard et Vonarx, 2007, p.39). Un autre objectif est de « clarifier un problème qui a été plus au moins défini » (*Ibid.*, p.39). Dans cette

⁶⁸ Nous renvoyons le lecteur ou la lectrice à l’annexe T pour visualiser les définitions des paradigmes dans lesquels s’insèrent les types de recherche.

perspective, elle balisera une « réalité à étudier » (*Ibid.*). Bref, comme le disent les auteurs-es précités-es, la recherche qualitative de nature exploratoire a pour fonction de « produire des connaissances sur des phénomènes inconnus » (*Ibid.*). C'est pour cela que dans une recherche de type exploratoire, « la taille de l'échantillon est rarement déterminée à l'avance, car tout dépend de l'évolution de la recherche et des informations nécessaires » (Deslauriers, 1991, p.58). C'est pour cela aussi que la théorisation ancrée sied mieux avec ce type de recherche du fait que les informations recherchées par le-la chercheur-e « se trouvent dans les données du terrain, en particulier dans les actions, les interactions et les processus sociaux des participants à l'étude » (Creswell, 2013, p.84, parag.1). En ce sens, elle se base sur les « participants à l'étude qui ont expérimenté le phénomène » (*Ibid.*, p.83, parag. 2).

3. IDENTIFICATION DE LA POPULATION DE RÉFÉRENCE

3.1. Types de population : population-source, population cible

De par le titre de notre travail soit les conditions de l'apprentissage expérientiel chez les résidents-es en médecine québécois-es et internes français-es et surtout de la question de recherche, le lecteur ou la lectrice conviendra avec nous que la population est déjà identifiée. Nous nous intéressons donc dans notre travail doctoral aux résidents-es en médecine québécois-es et aux internes en médecine français-es. En d'autres termes, ces publics constituent la population pour laquelle nous avons besoin d'informations. Ils constituent donc ce que nous appelons la population-source de notre recherche puisque c'est d'elle d'où sera extrait notre échantillon. Signalons qu'une fois notre recherche terminée, nos résultats seront, sûrement, étendus à l'ensemble des facultés de médecine hébergeant un cycle de formation de résidents-es en

médecine, internes en médecine ou en spécialisation. À ce moment, l'on parlera de population-cible puisque c'est elle qui a « motivé au départ l'organisation de l'étude » (Lacombe, 2015, p.5).

3.2. description de la méthode d'échantillonnage

Quel que soit la méthode utilisée, la démarche d'échantillonnage est un ensemble « d'opérations servant à sélectionner un échantillon à partir d'une population donnée » (Nkoum, 2005, p.103). L'échantillonnage peut être probabiliste ou non probabiliste (Deslauriers, 1991). L'échantillonnage probabiliste se fait par le biais du hasard alors que l'échantillonnage non probabiliste privilégie le mode de convenance ou raisonné.

3.2.1. Définitions et présentations des différentes méthodes d'échantillonnage

Si, dans l'analyse quantitative, l'échantillonnage se fait dans la majorité de cas en lien avec la théorie statistique épousant ainsi le plus souvent les canaux de l'échantillonnage probabiliste, « dans le qualitatif [...] c'est le rapport entre l'objet d'étude et le corpus empirique qui compte le plus » (Pires, 1997, p.116). Les statisticiens hésitent à utiliser les démarches d'échantillonnage non probabilistes du fait que celles-ci n'offrent pas au chercheur ou à la chercheuse la mesure de la précision des échantillons qui en découlent. Toutefois, lorsque l'opérateur ou l'opératrice désire des commentaires descriptifs émanant des sujets de l'étude, il ne peut que se référer aux démarches d'échantillonnage non probabiliste. C'est pourquoi de plus en plus, les deux méthodes d'échantillonnage cohabitent dans les recherches.

Les processus clandestins constitutifs de l'apprentissage expérientiel des médecins en spécialisation sont peu documentés. La recherche que nous menons semble s'inscrire dans le

registre de l'innovation dans ce champ de formation. La démarche probabiliste serait non congruente avec notre recherche puisque nous sommes en quête d'éléments spécifiques devant nous permettre de répondre à notre question de recherche. « *Grosso modo*, dans le qualitatif, les erreurs techniques d'échantillonnage entraînent des problèmes moins sérieux, ou plus faciles à corriger, mais on doit en contrepartie faire preuve d'une vigilance accrue à l'égard des rapports entre l'objet et le corpus empirique » *dixit* Pires (1997, p.116). C'est pour cela que l'échantillonnage théorique a toute sa valeur ici puisqu'elle consiste à rechercher des sites et des informateurs ou informatrices susceptibles d'apporter des informations nécessaires à l'élaboration des catégories jusqu'à ce que les données recueillies auprès des participants-es à l'étude n'enrichissent plus ni la démarche d'échantillonnage encore moins la construction des nouvelles catégories.

3.2.2. La particularité de l'échantillonnage théorique

Nous définissons l'échantillonnage théorique comme étant une démarche d'échantillonnage circulaire c'est-à-dire que pendant que « les données sont collectées » (Suddaby, 2006, p.634, parag.7), « elles sont également analysées simultanément » (*Ibid.*, parag.7). « Les décisions sur lesquelles les données doivent être collectées sont déterminées par la théorie en cours de construction » (*Ibid.*, parag.8). En ce sens, « le processus consiste à aller et venir entre les participants, à recueillir de nouvelles entrevues, puis à revenir à l'évolution de la théorie pour combler les lacunes et l'élaborer » stipule Creswell (2013, p.83, parag.2).

3.2.3. L'apport de la démarche d'échantillonnage théorique à notre travail

Concrètement, l'échantillonnage théorique procède en trois étapes (Laperrière, 1997). D'abord la phase de codification ouverte dans laquelle le-la chercheur-e fait les premières entrevues. L'échantillonnage ici se fait par rapport à certains critères préalablement élaborés qui changeront au fur et à mesure que l'enquête avance. Cela nous permettra de revoir les critères d'inclusion et d'exclusion des participants-es à l'étude. Si nous nous en tenons à Paillé et Mucchielli (2013), l'analyse des premières entrevues va permettre de mettre à disposition les catégories conceptuelles. Ici le chercheur ou la chercheuse essaie de couvrir « systématiquement l'ensemble des groupes et des situations étant donné que la recherche est peu avancée pour permettre quelque sélection, et on profite de toute découverte fortuite » tel que nous l'apprend Laperrière (1997, p.323). La deuxième phase est celle de la codification axiale dans laquelle l'opérateur ou l'opératrice met en relation les catégories conceptuelles (ressemblances, dépendances, dissemblances). Ce qui permet à celui-ci-celle-ci de cibler et délibérer « visant la vérification d'éléments précis de la théorie » (*Ibid.*). Ces catégories conceptuelles seront des éléments de comparaison sur lesquels nous allons nous baser pour expliquer les clivages entre réussites et échecs des médecins en spécialisation. Enfin dans la codification sélective, le-la chercheur-e affine sa théorie auprès d'autres participants-es c'est-à-dire qu'il-elle va procéder par « échantillonnage discriminant, choisissant les sites, les personnes et les documents qui maximiseront les occasions de vérifier les hypothèses intégratives et de compléter l'analyse des catégories analytiques » (*Ibid.*). Cette troisième phase prépare la quatrième à savoir la saturation, c'est-à-dire « qu'aucune donnée nouvelle ne vienne modifier la théorie construite. La saturation des catégories pourra être atteinte à des degrés plus ou moins profonds, selon que les catégories

sont centrales ou périphériques dans la théorisation du phénomène » (*Ibid.*, p.124). Toutefois, tel présenté, il n'existe pas un temps pour la codification axiale, un temps pour la codification ouverte ou la codification sélective, tout se fait de façon simultanée comme nous pouvons le constater dans la figure 5 ci-dessous.

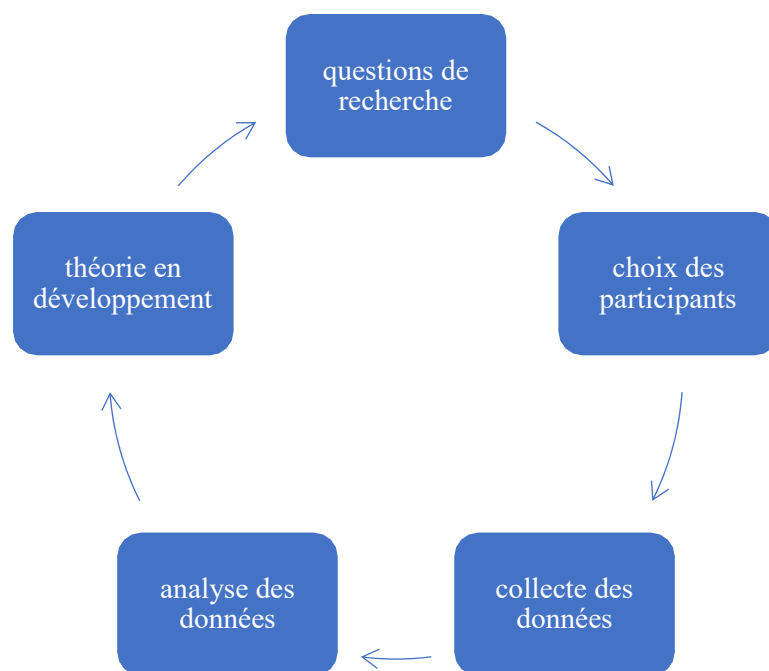


Schéma 5. Démarche d'échantillonnage théorique

Au regard de cette figure 5, du processus de génération des catégories conceptuelles et surtout des questions de recherche, le lecteur ou la lectrice conviendra avec nous que recueillir les informations sur deux groupes distincts (ceux qui réussissent et ceux qui décrochent) releverait de la pure gageure⁶⁹. Étant donné que ceux ou celles qui réussissent⁷⁰ sont encore en formation, nous

⁶⁹ Il s'avère difficile de rencontrer ceux qui décrochent.

⁷⁰ La persévérance dans le programme objective la réussite de l'étudiant-e.

allons recueillir auprès d’eux ou d’elles non seulement les stratégies qu’ils ou elles utilisent pour réussir, mais aussi les difficultés rencontrées susceptibles d’entraver leur spécialisation. Ces « heureux (ses) élus (es) » pourront aussi être des indicateurs ou indicatrices précieux (ses) des localisations de ceux ou celles qui n’ont pas pu arriver au terme de leur spécialisation. Ce qui précède résout ainsi le problème de faisabilité d’un travail de recherche mené sur des espaces multivariés.

Auparavant, signalons d’une part que la population-source est la plus proche possible de la population-cible et d’autre part, que la constitution de l’échantillon n’est pas le fait du pur hasard. Il se fait selon certains critères bien établis afin que les individus retenus soient le plus possible similaires à ceux de la population-source. Ces critères sont au nombre de deux soit les critères d’inclusion et d’exclusion définis dès la rédaction du projet de recherche, participant à la constitution de la population à l’étude. Les critères d’inclusion visent à définir la population-source et donc à faciliter l’identification d’individus sur lesquels nous allons collecter les données. Les critères d’exclusion quant à eux, loin d’être leurs négatifs, viseront plutôt à rendre faisable la recherche et la collecte des données.

3.3. Critères d’inclusion et d’exclusion devant nous permettre de constituer notre échantillon

Rappelons que notre population cible est constituée des adultes fréquentant les facultés de médecine françaises et québécoises hébergeant un cycle de spécialisation en médecine. Notre population source est l’ensemble des facultés de médecine québécoises et françaises. Pour des raisons de faisabilité, nous allons choisir les facultés de médecine en fonction de notre budget. Les variables stratégiques (critères d’inclusion) retenues seront les suivantes :

- Avoir terminé un cursus de premier et de deuxième cycle en sciences médicales dans une faculté de médecine française et québécoise ;
- Être inscrit au troisième cycle de formation en sciences médicales dans une faculté de médecine française ou québécoise.

Nous avons aussi rencontré quelques encadrants-es. Ceci parce qu'à notre descente sur le terrain, il s'est avéré difficile de rencontrer des résidents-es et des internes en médecine. Pour maximiser nos chances d'en trouver, nous nous sommes rapproché des facilitateurs-es c'est-à-dire des personnes qui travaillent dans l'encadrement de ces publics ou alors qui collaborent avec eux (dans des travaux de recherche ou alors qui prennent en charge leur santé mentale). Le discours de ces personnes connexes permettra de corroborer en partie ou totalement ce que disent les résidents-es ou les internes.

4. LA THÉORISATION ANCRÉE COMME MÉTHODE DE RECUEIL ET D'ANALYSE⁷¹

4.1. Définition de la théorisation ancrée dans le sillage de la théorie ancrée originelle

La théorisation ancrée s'inspire de la théorie ancrée développée en 1967 par « Barney Strauss et Anselm Strauss, qui estimaient que les théories utilisées dans la recherche étaient souvent inappropriées et peu adaptées aux participants à l'étude » nous apprend Creswell (2013, pp. 83-84, parag.3). Comme la théorie ancrée, ce qui différencie la théorisation ancrée des autres méthodes de recherche traditionnelles comme l'ethnographie⁷² c'est que « l'ethnographie n'a pas recours à un échantillonnage théorique et que la logique de la collecte de données y est autre ; en

⁷¹ Nous renvoyons le lecteur ou la lectrice à l'annexe Y pour visualiser la distinction entre méthode et méthodologie.

⁷² Méthode de recherche très souvent assimilée à la théorisation ancrée arguent Laperrière(1997) et Creswell (2013).

ethnographie, celle-ci vise la saturation empirique et s'arrête lorsqu'aucun élément nouveau ne vient altérer la description de la culture ou la situation à l'étude » avance Laperrière (1997, p.327) alors que « c'est le développement de la théorie qui guide le choix des unités d'observation en théorisation ancrée : la collecte des données vise non pas la description exhaustive d'une situation, mais la compréhension théorique d'un phénomène, étudié dans la diversité la plus extensive possible de ses manifestations » (*Ibid.*). Toutefois, « la théorisation ancrée n'est pas la production des données brutes » (Suddaby, 2006, p.635, parag.16). Elle est encore moins « l'occasion de tester une théorie, ni une analyse de contenu ou encore moins un comptage de mots » (*Ibid.*, p.636, parag.20). Plus encore, elle n'est pas « simplement l'application routinière de la méthode aux données » (*Ibid.*, p.637, parag.30). Malgré les éloges faits à la théorisation ancrée, le lecteur ou la lectrice devrait savoir qu'elle n'est pas « parfaite » (*Ibid.*, p.638, parag.34). La théorisation ancrée n'est pas « facile » (*Ibid.*, p.639, parag.42) ou « une excuse pour expliquer l'absence d'une méthodologie » (*Ibid.*, p.640, parag.48).

4.2. La théorisation ancrée utilisée comme méthode de recherche qualitative

Comme la théorie ancrée, la théorisation ancrée⁷³ est d'abord une méthode de recherche qualitative. « Alors que la recherche narrative se concentre sur les histoires individuelles racontées par les participants, et la phénoménologie met l'accent sur les expériences communes de plusieurs individus, l'intention de la théorisation ancrée est de dépasser la description et de générer ou de découvrir une théorie » (Creswell, 2013, p.83, parag.2). Nous voulons mettre en exergue les

⁷³ Voir la différence entre la théorie ancrée et la théorisation ancrée en annexe Y

stratégies de réussite, développées par les étudiants-es en médecine inscrits dans un cycle de spécialisation médicale, au sein d'un parcours de professionnalisation. De ce fait, nous voulons identifier les facilitateurs à l'apprentissage de ces publics.

Pour y parvenir, nous partirons du discours des personnes interrogées pour en extraire des catégories conceptuelles, éléments nécessaires à la construction de notre théorie. La théorisation ancrée nous permet de conceptualiser les données empiriques ou tout simplement de partir de la donnée pour élaborer la théorisation.

4.3. La théorisation ancrée utilisée comme méthode d'analyse qualitative

La théorisation ancrée est aussi une « méthode d'analyse de données » telle que nous la présente Paillé (1994, p.149). La théorisation ancrée, à la différence de la *Grounded Theory* ou de la Méthodologie de la Théorisation Enracinée (MTE), procède par six étapes. La codification permet au chercheur ou à la chercheuse de s'approprier le texte par l'élaboration d'un récit phénoménologique. Cela veut dire qu'une fois que nous aurons terminé une entrevue, nous allons tout de suite initier la thématisation [thèmes et sous-thèmes] c'est-à-dire organiser et structurer une sorte de découpage du texte en sous-thèmes et thèmes chapeautés par des catégories conceptuelles. Cette première phase de l'analyse aura pour effet la saisie de la quintessence du texte pour se l'approprier et élaborer ensuite le récit phénoménologique. Le récit phénoménologique est un processus de mise ensemble des données du discours, autrement dit, « une première cohésion des éléments épars du discours tiré des entrevues et créant une référence unique pour les chercheurs » (Balleux, 2007, p.397). La deuxième étape est la catégorisation qui consiste à dégager des catégories conceptuelles c'est-à-dire qu'ayant saisi le contenu du discours, il restera maintenant à

regrouper ces contenus autour d'un concept à partir de l'identification de thèmes et de sous-thèmes s'arrimant à celui-ci. La troisième étape est la mise en relation des catégories qui donne sens au propos du texte. La saisie du sens du texte permet au-la chercheur-e d'intégrer dans la quatrième étape, toutes les données afin de trouver un fil conducteur. Cela veut dire que nous dépassons la simple saisie brute du texte pour réaliser une saisie fine. À ce niveau, l'opérateur ou l'opératrice commence à se rapprocher de la réalité du vécu expérientiel. Cette phase sera finalisée par la cinquième étape dans laquelle le-la chercheur-e représente ou modélise la réalité. En d'autres termes, cette étape de modélisation « consiste à reproduire le plus fidèlement possible l'organisation des relations structurelles et fonctionnelles caractérisant un phénomène, un événement, un système, etc. » (*Ibid.*, p.174). À ce niveau de l'analyse, le-la chercheur-e perçoit qu'il ou elle est en mesure de saisir le cœur des données de recherche. La dernière étape consiste à théoriser et finaliser qui est « autant un processus qu'un résultat » énonce Paillé (1994, p.177).

La théorisation ancrée utilisée comme méthode d'analyse sera d'un grand apport dans notre travail parce qu'elle évite de perdre le-la chercheur-e dans des conceptualisations éparses. Les phases de mise en relation, d'intégration et de modélisation des données recueillies préparent la théorisation et par là nous aide à laisser de côté des pans de discours ne concourant pas à la bonification de la phase de théorisation. Sur le plan de la faisabilité de la recherche, une conceptualisation/théorisation élaborée dans un contexte de travail sera utilisée comme miroir pour élaborer une autre conceptualisation/théorisation mise en place dans un autre contexte, cette dernière pourra être similaire, peu différente ou totalement différente de la première.

5. INSTRUMENTATION ET INSTRUMENT DE COLLECTE DE DONNÉES

« L'instrumentation de recherche est l'une des étapes de la démarche scientifique. Elle permet de recueillir des données empiriques » (Pourtois et Desmet, 2007, p.70). En lien avec les intérêts du chercheur ou de la chercheuse, deux procédés d'instrumentation possibles sont utilisés en recherche en sciences humaines et sociales (*Ibid.*). La stratégie positiviste (*Ibid.*) épouse la méthodologie *aprioriste* qui adhère à la conception selon laquelle tout-e chercheur-e devrait aller sur le terrain avec une hypothèse de recherche à laquelle il entend soumettre les faits. Quant à la stratégie phénoménologique (*Ibid.*), elle est congruente avec la méthodologie *a posterioriste* qui colle avec la théorie du jugement *a posteriori* c'est-à-dire qu'elle fait appel aux leçons de l'expérience pour poser les hypothèses de recherche.

5.1. L'instrumentation privilégiée dans notre travail doctoral

Nous avons stipulé que notre recherche était de type exploratoire. Il s'avère donc peu propice à faire des « mises en relation de variables vérifiables et mesurables » si nous nous en tenons à ce qui ressort des assertions de Pourtois et Desmet (2007, p.70); ceci parce que nous n'avons pas les indicateurs suffisants, c'est-à-dire des éléments concrets permettant de faciliter l'observation empirique.

Ce sera donc après la phase de réduction phénoménologique que nous allons « tendre vers une compréhension des relations essentielles entre les thèmes et tenter d'expliquer les significations » (*Ibid.*) pour en définitive faciliter la description des phénomènes par la mise à disposition des indicateurs. De ce qui précède, nous constatons que notre travail de recherche doctoral sied mieux avec la stratégie phénoménologique qui laisse le-la participant-e à la recherche

verbaliser leurs vécus expérientiels. Ce qui permet au-à la chercheur-e de comprendre l'environnement humain qu'il étudie ainsi que les interrelations que ces humains entretiennent avec les phénomènes constitutifs du réel.

5.2. L'instrumentation privilégiée et ses implications instrumentales

Nous allons tenter de répondre ici à la question suivante : comment allons-nous observer notre population source ? Deux procédés d'observation sont utilisés en sciences humaines et sociales : l'observation directe et l'observation indirecte (Quivy et Van Campendhout, 1995). L'observation directe consiste à recueillir les données contenues dans un échantillon déterminé au départ sans faire intervenir les sujets concernés par l'enquête. Le-la chercheur-e utilise par exemple une grille d'observation construite à partir des indicateurs montrant les comportements à observer. Elle n'est pas congruente avec notre étude puisque nous ne voulons pas observer des comportements, mais collecter des discours au travers desquels nous allons identifier les stratégies développées par les internes et les résidents-es en médecine pour réussir leur parcours de professionnalisation. Nous allons donc nous adresser aux médecins en spécialisation par le biais d'un instrument d'observation indirecte. Pourquoi ?

5.3. L'instrument de collecte privilégié dans notre travail doctoral

La méthode de collecte et d'analyse de données, la théorisation ancrée, nous oblige à recourir à un échantillonnage théorique. Du fait qu'en « théorisation ancrée le chercheur s'intéresse aux participants à l'étude qui auraient vécu un phénomène particulier » *dixit* Creswell (2013, p.83, parag.2), les observations vont s'affiner « au fur et à mesure des comparaisons successives en vue de préciser les catégories conceptuelles » nous apprend Laperrière (1997, p.315). Les catégories

conceptuelles seront « remaniées jusqu'à ce qu'aucune donnée nouvelle ne vienne les contredire (principe de saturation) » (*Ibid.*).

Utiliser ici une technique d'observation directe serait laborieuse puisqu'elle demanderait, d'une part, de « décrire en détail le contexte en vue de situer les actions et d'attribuer un sens aux relations étudiées dans différentes situations sociales » (Blondin, 2005, p.20) et, d'autre part, « une année est considérée comme une courte période pour observer un groupe ou une collectivité, car le chercheur doit se donner le temps d'observer les mêmes phénomènes physiques, affectifs et sociaux à plusieurs reprises avant de considérer les données comme valides » (*Ibid.*, p.21). Nous ne disposons pas de ce temps. Nous allons donc privilégier les techniques d'observation indirecte telles que le questionnaire ou l'entrevue et ceci pour des raisons de faisabilité. L'entretien sera donc ici d'une importance particulière puisqu'il devrait faciliter non seulement la réduction des dépenses et donc du budget, mais aussi devrait préparer les futures entrevues, limitant ainsi la perte de temps.

5.4. Élaboration du guide d'entretien

L'entretien est « une situation de communication essentiellement verbale entre deux ou plusieurs personnes en contact direct avec un objectif préalablement fixé » (Moliner, Rateau et Cohen Scali, 2002, p.59). Inspiré de la pédagogie de la relation de Rogers *dixit* Pourtois et Desmet (2007), il s'intègre dans une conversation interpersonnelle orientée vers un but précis et se « déroulant dans un cadre et dans une situation sociale donnés, tels que soit impliquée la présence d'un professionnel et d'un sujet naïf » (Bingham et Moore, 1931, p.58). Il existe plusieurs types

d'entretien en fonction du point de vue de la structuration, de la démarche, de l'ouverture de l'entretien.

Du point de vue de la structuration du guide d'entretien, l'on distingue l'entretien centré sur la personne d'inspiration rogérienne ayant pour objectif de collecter des informations sur une personne et non sur un problème, une maladie ou un symptôme particulier. D'après Pourtois et Desmet (2007), il est utilisé dans la religion (la confession), en psychologie (la psychothérapie), en carriérologie (l'entretien d'orientation). Dans cette catégorie, nous pouvons aussi citer le témoignage qui consiste en la production d'informations à destination et au bénéfice d'un groupe social particulier. Le témoignage est utilisé en sciences sociales dans le cadre d'un entretien de type recherche ; dans le journalisme (l'entretien journalistique) ; dans le champ judiciaire (le témoignage de justice) (*Ibid.*).

Dans ce travail de classification des entretiens, et en tenant compte de leur structuration, nous pouvons identifier des entretiens ayant pour visée de mesurer l'atteinte des résultats par rapport à des objectifs préalablement fixés, comme l'entretien d'évaluation dans les entreprises.

Au vu de ce qui précède, nous pouvons classer les types d'entretien en deux catégories (Ghiglione et Matalon, 1991) : les entretiens à but de diagnostic (confession, entretien d'orientation, psychothérapie) et les entretiens d'étude (entretien d'évaluation, entretien journalistique, entretien de recherche, témoignage de justice).

Du point de vue de la démarche de l'entretien, l'on distingue les entretiens de type directif, semi-directif et non directif (Blanchet et Gotman, 1992). L'entretien non directif est très souvent

utilisé dans une étude de type exploratoire puisqu'il permet une grande flexibilité dans la réponse aux questions posées. Il est particulièrement utilisé en théorisation ancrée pour non seulement explorer un nouveau champ d'étude mais aussi pour structurer la problématique ainsi que l'instrument de collecte de données, l'échantillonnage étant théorique stipulent Pourtois et Desmet (2007). Dans ce cas, le guide d'entrevue « va permettre [...] d'élaborer les premières questions de travail » (*Ibid.*, p.131). Le-la chercheur-e se contentera donc de proposer une consigne de départ plus large que le thème de recherche pour permettre au locuteur ou à la locutrice d'aborder ces questions selon ses propres représentations. Une fois les indicateurs précisés et les questions élaborées, le-la chercheur-e construit le guide d'entretien avant de procéder à sa collecte de données. Ce qui lui permet de recueillir des informations ciblées c'est-à-dire les informations importantes en lien avec ses hypothèses de recherche. Pour Moliner, Rateau et Cohen-Scali (2002, p.62), l'entretien semi directif se caractérise par « l'existence préalable d'un schéma ou d'un "guide d'entretien" qui définit les thèmes principaux à explorer et prévoit éventuellement certaines relances. La manière dont les thèmes seront amenés au cours de l'entretien, dont ils seront formulés et l'ordre dans lequel ils apparaîtront n'est pas fixée à l'avance ». La dernière forme d'entretien est davantage directive. Elle s'apparente à la technique du questionnaire dans lequel les réponses du participant-e sont guidées ne laissant aucune flexibilité au-la répondant-e. Même si cette technique est sécurisante pour le-la chercheur-e, elle ne lui donne pas la possibilité de recueillir d'autres informations aussi importantes qu'elles soient en dehors de ce qui constitue les étapes de son guide d'entretien.

Dans notre recherche, nous allons utiliser un entretien non directif pour évoluer vers un entretien semi-directif. Puis, à mesure que nous allons avancer dans l'enquête, nous allons affiner les observations afin de préciser les catégories. Celles-ci seront alors « remaniées jusqu'à ce qu'aucune donnée nouvelle ne vienne les contredire » nous enseigne Laperrière (2007, p.315).

5.5. Les volets du guide d'entretien

Notre guide d'entretien comportera les parties suivantes :

5.5.1. Un formulaire de consentement

D'abord un formulaire de consentement⁷⁴. Ce document est une note introductrice au guide d'entretien adressée aux résidents-es et internes en médecine pour leur présenter et leur expliquer le but et les intentions de recherche. Il sera mentionné à ceux-ci ou celles-ci qu'ils-elles peuvent se retirer à tout moment de l'enquête si tel était leur souhait. Le formulaire de consentement sera rédigé en français et en anglais. La constitution de ce document permettra au-à la participant-e de comprendre clairement les objectifs du projet, ce qu'on attend de lui ou d'elle afin qu'elle-qu'il consente ou non à participer à l'étude.

5.5.2. La fiche signalétique

La fiche signalétique a pour but d'identifier les profils des sujets à l'étude. Cette fiche a permis de recueillir les informations suivantes : âge, sexe, pays d'origine, université

⁷⁴ Consulter formulaire de consentement à l'annexe P

d'appartenance, faculté d'appartenance, filière de spécialisation choisie. Tous ces éléments permettent de visualiser l'hétérogénéité de notre population-cible.

5.5.3. Le guide d'entretien

Nous avons commencé les entrevues avec un guide d'entretien non directif. Par entretien non directif, nous entendons une méthode de collecte de données pendant laquelle l'animateur ou l'animatrice est le-la moins actif ou active. Cette phase que nous qualifions d'exploratoire nous a permis de construire un premier guide d'entretien semi-directif. Celui-ci comporte cinq parties. La première est relative au degré d'engagement et de satisfaction des résidents-es en médecine et internes en médecine dans leur cheminement académique. À ce niveau, nous avons posé les questions en lien avec les points suivants : satisfaction dans le choix de la filière de spécialisation ; fluctuation de l'engagement ; temps consacré aux études ; événements externes et internes à la formation provoquant un changement dans l'engagement de l'étudiant ; éléments consolidateurs de l'engagement en résidence ou internat en médecine. La deuxième partie de l'entretien se consacrera à l'histoire de vie professionnelle. Nous avons disposé les questions suivantes :

Pouvez-vous nous identifier au moins deux moments difficiles vécus lors de votre parcours de résidence ou d'internat en médecine?

Quels étaient les éléments déclencheurs de ces problématiques ?

Quelles solutions ou stratégies avez-vous mis en place pour remédier à ces problématiques ?

Quant à la troisième partie de l'entrevue, elle s'intéressera aux stressseurs occupationnels. Les questions sont allés en congruence avec les thèmes suivants : épuisement professionnel ; éléments stressseurs au travail ; stratégies actives d'adaptation.

La quatrième partie traitera des éléments informels participant à l'apprentissage expérientiel du sujet. À ce niveau, nous avons retenu les thèmes suivants : rapports avec les superviseurs ; rapports avec les autres membres de l'équipe de soins ; connaissances acquises dans la confrontation avec le-la patient-e et les autres professionnels-les ; réaction du-de la résident-e ou de l'interne en médecine face à la nouvelle information qu'il ne détenait pas.

5.6. La stabilisation progressive de l'instrument de collecte de données

Dans notre travail doctoral, nous voulons appréhender ce que pourrait être la formation expérientielle des médecins résidents-es et/ou internes confrontés-es à des situations limites et qui vivent pour certains-es leur quotidien professionnel sous le mode de la détresse psychologique. Nous sommes ici dans le registre du régime nocturne (Pineau, 1983) qui n'est rien d'autre que la formation expérientielle du sujet dans un contexte d'éducation informelle.

La réalité humaine étant une construction sociale appartenant aux acteurs ou aux actrices de la situation en question (Paillé, 2013), nous avons laissé ces publics verbaliser leur vécu expérientiel afin de comprendre leur monde ainsi que les interrelations qu'ils entretiennent avec les phénomènes y sévissant. C'est pourquoi nous avons opté pour la recherche dite qualitative. Il ne s'est pas agi dans notre travail, de rassembler des faits ou de dégager des hypothèses mais plutôt de construire un objet de recherche à partir de certaines idées. Dans cette perspective exploratoire,

la théorisation ancrée nous a été d'une importance particulière sur le plan méthodologique et notamment au niveau de la collecte et de l'analyse des données.

La particularité de cette méthode de recherche qualitative (Creswell, 2013) et d'analyse de données *dixit* Paillé (1994) réside non seulement dans la circularité de la démarche de recherche mais aussi dans la stabilisation progressive de l'outil de recueil de données (entretien non directif, entretien semi-directif). Ce qui exige de la part de l'investigateur-trice, une modulation de sa posture avec l'évolution du canevas d'entretien.



Schéma 6 : circularité de la démarche en théorisation ancrée

5.6.1. Passage progressif de l'entretien non directif à l'entretien semi-directif

Avant de continuer, signalons que l'enrichissement de la démarche en théorisation ancrée repose sur l'échantillonnage théorique (voir schéma 2). Celui-ci ne se fait pas sans support

méthodologique. Il est sous-tendu par un outil de collecte de données qui évolue au fur et à mesure que l'on avance dans l'enquête. Nous l'avons déjà dit.

Précisons maintenant avec Paillé (1994) que le recueil de données en théorisation ancrée peut se faire avec une diversité d'outils soit l'entretien, les photos, les documents livresques ou non, tableau de bord. Dans notre travail, nous allons privilégier l'entretien.

Contrairement aux méthodes de recherche dites qualitatives traditionnelles qui oblige le-la chercheur-e à aller sur le terrain avec un outil stabilisé, l'investigateur ou l'investigatrice en théorisation ancrée construit progressivement son outil en fonction des éléments issus du terrain.

Si nous nous inspirons de l'Annexe E (canevas d'entretien préliminaire), nous constatons que nous avons commencé la collecte des données avec des questions ouvertes c'est-à-dire celles qui permettent au sujet d'aborder la question selon ses propres représentations (Desmet et Pourtois, 2007). Ensuite dans le processus de l'échantillonnage théorique, chaque nouvel entretien a facilité la modification du canevas préliminaire ainsi que du précédent. Ainsi au fur et à mesure que nous avons avancé dans l'enquête, nous sommes passé d'un entretien non directif à un entretien semi-directif. La saturation des données a marqué la stabilisation de l'outil de collecte ainsi que la fin de l'échantillonnage puisqu'il n'apportait plus rien de nouveau à la recherche. Autrement dit, nous avons constaté une redondance de catégories conceptuelles même si présentées sous une autre forme. L'Annexe F présente le canevas d'entretien semi-directif. Étant donné que nous nous

trouvons dans un processus de théorisation ancrée⁷⁵, nous avons titré cet instrument guide d'entretien en stabilisation.

5.6.2. Les interactions du-de la chercheur-e face à face en théorisation ancrée

Une séance d'entretien n'est jamais désintéressée. Elle découle d'une volonté pour l'investigateur ou l'investigatrice d'entrer en relation avec une personne auprès de laquelle il-elle recueillera des informations.

5.6.2.1. La préparation du-de la participant-e à l'étude à l'entretien

Signalons qu'avant la séance d'entretien, le-la chercheur-e a pris la peine d'informer le-la participant-e à l'étude de l'objectif et de l'importance de l'entretien non seulement pour lui-elle en tant que narrateur ou narratrice mais aussi pour lui-elle enquêteur ou enquêtrice. Sur le plan éthique, il est souligné au sujet de l'étude que l'anonymat sera préservé. Malgré tous ces préalables, il n'en demeure pas moins qu'en situation d'entretien, le relateur⁷⁶ ou la relatrice éprouve des difficultés à parler de son vécu expérientiel. Face à cet état de choses, l'investigateur ou l'investigatrice devrait maîtriser ses émotions afin qu'une relation fusionnelle ne s'établisse entre les deux protagonistes (chercheur-e et sujet de l'étude). En d'autres termes, il-elle devrait s'impliquer vers une juste distance.

5.6.2.2. L'entretien est un cadre argumentatif privilégié pour produire des données discursives

L'entretien est donc un moment privilégié pendant lequel un-e interviewé-e est sollicité-e pour parler de son expérience. Celle-ci est convoitée par un interviewer ou une intervieweuse

⁷⁵ Émergence d'une théorisation c'est-à-dire quelque chose en devenir

⁷⁶ Participant-e à l'étude

confronté-e à une double problématique plus ou moins exclusive soit celle de répondre aux exigences organisationnelles (remplir un cahier de charges, les recherches subventionnées par exemple) ou alors pour des besoins de publications scientifiques. Quel que soit les objectifs visés, l'entretien permet tout d'abord au-la chercheur-e d'explorer un nouveau champ d'étude (Pourtois et Desmet, 2007). Dans cette situation d'explorateur ou d'exploratrice, l'investigateur ou l'investigatrice ne pose pas de « questions et se contente de suivre le déroulement de la pensée de son interlocuteur » (Mucchielli, 1991, p.29). Cette méthode rogérienne ne peut être productive que si et seulement si le-la chercheur-e aide le répondeur ou la répondeuse dans son cheminement intellectuel et ceci par des reformulations, des synthèses, des incitations à la parole. Cette non-directivité n'est pas totale puisque l'interlocuteur ou l'interlocutrice s'exprime d'après un canevas d'entretien. Autrement dit, d'entrée de jeu, le prospecteur ou la prospectrice présente l'objet de l'entretien c'est-à-dire ce sur quoi il ou elle aimerait avoir des informations et laisse l'autre parler à propos. La reformulation a pour but ici de canaliser le discours et donc de profiter des données discursives nécessaires à l'objet de l'entretien.

5.6.2.3. L'entretien est une rencontre interculturelle imposée par l'enquêteur ou l'enquêtrice pour des besoins référentiels

Le-la participant-e à l'étude n'est qu'un informateur ou une informatrice. Et les informations qu'il-elle fournit doivent donner accès à des représentations qu'il-elle se fait de quelque chose. L'investigateur ou l'investigatrice est un-e chasseur-e de savoirs expérientiels. Le face à face oblige à la confrontation des normes métacommunicationnelles pouvant être différentes voire incompatibles (De Sarban, 2008). Le consensus (Habermas, 1987) est la condition *sine qua*

non pour éviter les occasions de conflit. Pour que celui-ci soit efficient, il faudrait qu'il y ait réciprocité et égalité en situation de communication. Toutefois si l'investigateur ou l'investigatrice laisse parler le narrateur ou la narratrice sans pour autant le « recanaliser » dans le cours de l'entretien, celui-ci s'évadera dans des discours n'ayant rien à voir avec l'objet de l'entretien. D'où l'importance du guide d'entretien. Passer du canevas d'entretien au guide d'entretien voudrait dire que l'on passe de la non directivité à la semi-directivité. L'informateur⁷⁷ ou l'informatrice n'a plus le choix. Il est obligé de jouer le jeu même s'il-elle ne le souhaite pas. Dès lors combiner empathie, juste distance, respect et sens critique relève de la gageure puisque la quête des informations rencontre forcément un cadre conflictuel d'argumentation. Si les relances ont été d'une aide précieuse dans le dialogue, la contradiction oblige le narrateur ou la narratrice⁷⁸ à soutenir son point de vue. Un interlocuteur ou une interlocutrice⁷⁹ qui aime les angevins et les angevines est supposée en avoir rencontré.

5.6.2.4. L'itération tri-dimensionnelle comme participation du sujet à l'étude et comme élément de validité de l'étude

De ce qui précède, il ressort que le sujet ne relate qu'une expérience vécue et non un vécu expérientiel rapporté. Plus encore, le-la chercheur-e n'analyse que les données collectées auprès d'un sujet présent et non d'un-e participant-e à l'étude fictif-ve. En théorisation ancrée, cette analyse qui prend naissance de façon tâtonnante dans la phase de codification des données, se précise dans la phase de mise en relation et devient intelligible dans l'étape de théorisation et de

⁷⁷ Participant-e à l'étude

⁷⁸ Participant-e à l'étude

⁷⁹ Participant-e à l'étude

modélisation. Auparavant, signalons que cet itinéraire n'est pas linéaire, il est plutôt circulaire et ceci à toutes les étapes de l'analyse. Si nous prenons par exemple l'étape de codification, sa réalisation exige de multiples allers et retours entre le-la chercheur-e et les données. Le rapport d'analyse⁸⁰ sera remis aux participants-es à l'étude pour appréciation⁸¹. Il peut arriver que les sujets de l'étude perçoivent un écart entre ce qui a été mentionné dans le rapport et les discours ou alors que certains passages soient exagérés. Le retour de ceux-ci sera alors un élément de bonification de l'étude c'est-à-dire de renforcement de la validité de l'étude et de la fidélité de l'instrument de recueil de données. Le texte sera aussi apprécié par les autres chercheurs-es : c'est la validité inter-juges. Ces allers-retours (chercheur-e et données, chercheur-e et participant-e à l'étude, chercheur-e et d'autres chercheurs-es) sont appelés itération tri-dimensionnelle (Mukamurera, Lacourse et Couturier, 2006). Celle-ci permet au sujet de participer à l'analyse et à l'investigateur ou l'investigatrice de bénéficier de l'appréciation de son travail par d'autres chercheurs-es.

Pour terminer, disons qu'en prenant en compte le point de vue du sujet à l'étude à travers les observations faites après la lecture du rapport final, nous améliorons considérablement les théories développées. Mais aussi, nous réduisons le gap théorie-pratique nécessaire à l'enrichissement des connaissances nécessaires à l'amélioration des curriculums de formation. Ainsi sur le plan de la finalité, notre travail poursuit un objectif⁸² pratique déterminé mais aussi, il met à disposition de nouvelles connaissances susceptibles de bousculer les pratiques routinisées.

⁸⁰ Consignation sur papier des résultats de la recherche

⁸¹ Voir les retours des personnes interviewées sur le rapport final en annexe Z1

⁸² Modéliser le processus d'autoformation existentielle des résidents-es et des internes en médecine alors que ces publics font face à l'adversité.

6. LA SITUATION DES TRAVAUX DANS L'INTERRELATION ENTRE LA RECHERCHE, LA FORMATION ET LA PRATIQUE

En modélisant le processus d'autoformation des résidents-es et des internes en médecine, nous mettons en évidence les expériences convoquées pour aider le-la jeune médecin à dépasser les contraintes à l'origine de sa souffrance mais aussi pour se développer. Nous amenons ainsi le lecteur ou la lectrice à appréhender ce que pourrait être la formation expérientielle (Pineau, 1999) des résidents-es et des internes en médecine confrontés-es à des situations limites et qui vivent leur quotidien professionnel sous le mode de la détresse psychologique. Nous nous trouvons ici dans les dédales de l'apprentissage en situation dans lequel des réalités invisibles et souterraines côtoient et influencent l'éducation formelle. La modélisation du processus d'autoformation des futurs-es médecins participe à l'enrichissement des connaissances en pédagogie de l'enseignement supérieur en général et en pédagogie médicale en particulier notamment les pratiques et les pistes d'amélioration de l'apprentissage en situation des résidents-es et des internes en médecine afin que ces publics « dépassent la seule production des savoirs (sous un mode déductif) pour permettre le développement de compétences en lien avec l'exercice réel d'un acte de travail » (Wittorski, 1997, p.2). La contribution de notre travail sera donc observable à trois niveaux.

6.1. La recherche

D'abord au niveau de la recherche. L'on ne peut parler de professionnalisation œuvrant à une plus grande employabilité c'est-à-dire à une facilitation d'insertion socioprofessionnelle sans faire une analyse des voies de la professionnalisation et par surcroît interroger les dynamiques de développement professionnel « permettant de caractériser les logiques de fonctionnement des

dispositifs et les logiques de transformation des personnes dans ces dispositifs » *dixit* Wittorski (2007, p.90) dans lesquels les voies de la professionnalisation jouent un rôle majeur. L'autoformation apparaît alors comme un enjeu de la recherche en ce sens que la recherche interrogera le caractère professionnalisant des différentes voies de la professionnalisation dans le but de perpétuer l'articulation entre les contenus de formation et le vécu actuel des jeunes médecins en formation : « il ne s'agit pas seulement de les préparer à un examen ou à un concours, mais aussi et surtout de leur permettre d'acquérir des compétences » (Pelpel, 2001, p.21-22). En mettant donc en évidence les subtilités utilisées par les résidents-es ou les internes en médecine qui réussissent, les tensions qu'ils ou elles ont subies, les obstacles traversés ainsi que les ajustements qu'ils ou elles ont opérés tout au long du parcours, cela suscitera des réflexions sur l'apprentissage en situation afin de garantir la compatibilité formation-emploi.

6.2. La formation

Ensuite au niveau de la formation. L'enjeu de l'apprentissage (comme voie de professionnalisation) dans la réussite de la résidence ou de l'internat en médecine est la recherche de l'efficacité d'action (Lechaux, 2016). L'objet de l'apprentissage en situation étant l'autonomie, la mise à disposition du processus d'autoformation des résidents-es ou des internes en médecine pourrait être un référentiel c'est-à-dire un repère au sens large sur lequel il est possible de se baser pour mesurer son aptitude à l'autoformation. Il s'agira donc d'établir les facilitateurs à l'autoformation. L'identification des qualités requises pour mieux apprendre et réussir sa résidence ou son internat en médecine seront aussi examinées. L'autoformation désignant ici le processus d'apprentissage qui prend appui sur ce que le sujet vit avec les autres et son environnement, elle

est nécessaire non seulement à l'apprentissage professionnel mais aussi à l'insertion professionnelle des futurs-es médecins.

6.3. La pratique

Enfin au niveau de la pratique. Dans cette étude, nous voulons comprendre comment les résidents-es ou les internes en médecine apprennent alors qu'ils ou elles évoluent dans un contexte à forte intensité émotionnelle. En mettant en évidence le chemin suivi pour se sortir du péril, cela participera de la facilitation de l'édification d'un curriculum de formation à l'autonomie.

Pour mieux saisir cette relation entre la recherche, la formation et la pratique, il s'avère nécessaire de passer par une phase d'opérations analytiques qui nous permettra de visualiser et de mettre à disposition les substrats de cette interrelation.

DÉROULÉ DES OPÉRATIONS ANALYTIQUES

1. LES DONNÉES RECUEILLIES

L'approbation⁸³ du comité éthique de l'Université de Sherbrooke nous a autorisé à procéder à la collecte des données auprès des résidents-es et internes en médecine. Nous avons réalisé six entrevues en France. Une auprès d'une interne en médecine générale. Une autre auprès d'une interne en situation de réorientation en santé publique après plusieurs échecs dans d'autres internats en médecine. Une troisième auprès d'un administratif de la faculté de médecine de l'Université d'Angers. Une quatrième auprès d'une infirmière s'occupant de la santé au travail des internes de l'Université d'Angers. Une cinquième auprès d'un externe en médecine collaborant avec les internes et une sixième auprès d'un médecin qui nous a retracé non seulement son expérience en tant qu'interne mais aussi celle de sa fille⁸⁴ interne en médecine.

Au Québec, nous avons fait deux entrevues. Une auprès d'une résidente en médecine familiale de l'Université de Montréal et une autre auprès d'un résident en psychiatrie de l'Université de Sherbrooke.

Pour pénétrer l'univers des résidents-es et des internes en médecine, nous nous sommes aidé des passeurs-ses. En France nous avons rencontré, par l'entremise de la faculté d'éducation de l'UCO⁸⁵, Monsieur René Brunet du Laboratoire d'Ergonomie et d'Épidémiologie en Santé au Travail (LEEST) de la faculté de médecine d'Angers. Il a facilité notre rencontre avec Monsieur

⁸³ Consulter approbation éthique à l'annexe Q

⁸⁴ La fille de ce médecin était indisponible.

⁸⁵ Université Catholique de l'Ouest d'Angers

Yves Roquelaure. Celui-ci a présenté au doyen de la faculté de médecine la pertinence sociale et scientifique de notre travail. Ce qui a ménagé notre rencontre avec une médecin-enseignante et administrative de l'Université d'Angers alors chargée de s'occuper des internes en souffrance.

La rencontre avec ce responsable a été bénéfique tout d'abord sur le plan administratif puisque nous avons été autorisé à interviewer les internes en médecine et ensuite, sur un plan investigatif, nous avons enregistré l'entrevue réalisée avec elle. Cette interview laisse percevoir les difficultés de parcours auxquelles sont confrontés-es les étudiants-es d'après le point de vue d'un administratif. La recommandation qu'elle nous a faite était de rencontrer les infirmières consultantes en santé au travail du Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) d'Angers. Ces infirmières entendent ce que disent les étudiants-es de leur cheminement académique, ce qu'ils racontent à propos de leur rapport avec les superviseurs-es et les autres membres de l'équipe avec lesquels ils-elles passent leur internat en médecine.

L'étudiant de 4^e année de médecine⁸⁶ encadre les deuxièmes et les troisièmes années de médecine. Dans son interview, il nous a fait savoir que c'est une tâche dévolue aux internes en médecine mais du fait de leur agenda très chargé, ils-elles délèguent ce travail à des externes formés-es à cet effet. Autrement dit, il entretient de rapports professionnels avec les futurs-es médecins.

Rencontrée à la sortie d'un culte religieux et intéressée par le sujet de notre travail de recherche, ce médecin chevronnée a tenu à partager avec nous l'expérience de l'internat de sa fille,

⁸⁶ L'étudiant de 4^e année est un externe. Il lui reste deux années pour terminer son externat. Les externes de 4^e année encadrent les étudiants de 2^e 3^e année en tant que tuteur.

celle-ci étant indisponible. En tant que médecin sénior, ce qu'elle révèle permet de confirmer ou infirmer ce que disent les jeunes médecins en formation.

Du côté québécois, nous avons mobilisé les vice-décanats afin qu'ils puissent envoyer un sondage auprès des résidents-es en médecine des différentes facultés de médecine concernées. Nous avons aussi rencontré le président de la Fédération des Médecins Résidents-es du Québec. Nous avons même approché les structures sanitaires accueillant ces publics en leur sein. Nous avons eu un seul résident. Il a fallu passer par nos relations pour entrer en contact avec une autre résidente. Le tableau 3 ci-dessus offre de voir une vue d'ensemble des données recueillies au cours de l'enquête.

Tableau 3. Une vue d'ensemble des données recueillies

Entretiens menés en France avec	Entretiens menés au Québec avec
1 étudiant de 2 ^e cycle (externe en médecine). Nous allons l'appeler Kylian	1 résident en médecine en fin de résidence de l'Université de Sherbrooke que nous appellerons William.
1 enseignant et administratif de la faculté de médecine d'Angers. Nous allons l'appeler Chiara.	1 résidente de 2 ^e année en fin de résidence de l'Université de Montréal que nous appellerons Élvine.
1 infirmière. Nous allons l'appeler Rosette.	
1 interne en médecine de l'Université d'Angers en fin de cycle que nous appellerons Emma.	

<p>1 interne en médecine de l'Université d'Angers en situation de réorientation en santé publique que nous appellerons Marjolaine.</p>
--

<p>La mère d'une interne de l'Université d'Angers que nous appellerons Eva.</p>

2. LA THÉMATISATION DES DONNÉES COLLECTÉES

L'analyse thématique peut être utilisée comme modalité d'analyse préliminaire ou comme modalité d'analyse centrale *dixit* Paillé et Mucchielli (2013). Dans cette modalité d'analyse (centrale), il s'agit pour l'analyste de repérer, de regrouper les thèmes et de les examiner discursivement dans leur contexte de production. Que ce soit dans un entretien, dans un document organisationnel ou des notes d'observation, elle va constituer une étape importante de la réduction des données en vue de dégager les informations importantes du *verbatim*.

La deuxième modalité soit celle préliminaire et celle que nous privilégions ici réfère à la délimitation du verbatim en thèmes et en sous-thèmes en vue de faciliter le repérage d'informations devant nous servir dans le cadre de notre travail et ceci au regard des objectifs de recherche.

Cette deuxième modalité d'utilisation de l'analyse thématique n'est pas une innovation. Elle a été utilisée dans la méthode phénoménologique descriptive en psychologie (Giorgi, 1975). Ici les discours des participants-es une fois transcrits, sont lus afin de mieux comprendre le contexte de production. Ensuite chaque production ou description est traitée individuellement puis

délimitée en unités de signification afin de les rendre plus faciles à gérer. Nous reviendrons plus loin sur les unités de signification.

Elle est régulièrement utilisée dans l'analyse par théorisation ancrée pour délimiter le *verbatim* en unités de signification. Ce qui facilitera l'écriture de l'examen phénoménologique (Paillé et Mucchielli, 2013).

Au regard de ce qui précède, l'analyse thématique fait donc partie des procédés de réduction des données. Le volume des informations collectées empiriquement oblige l'investigateur ou l'investigatrice à les réduire sinon il va s'avérer difficile pour lui ou elle de les traiter.

2.1. La codification des données

Auparavant signalons qu'une fois les propos retranscrits, nous nous sommes évertué à les coder. Pour y arriver, nous avons utilisé la technique proposée par Turcotte (1990, dans Deslauriers, 1991). Ainsi, nous avons ouvert 3 fenêtres de format Word. La première comportait l'ensemble de la transcription. Dans la seconde, nous avons décompté et classifié les extraits. Dans la troisième, nous avons attribué à chaque extrait un code. Par exemple cet extrait origine des productions biographiques d'Emma:

«En médecine, au tout début. Eh eh mon père est médecin et ma mère est infirmière. Je pense que c'est un peu ce qui m'a mis sur la voie ».

Le code attribué à cet extrait dans le *verbatim* d'Emma a été [code 1]. Cet extrait a été découpé en unités de significations naturelles⁸⁷ et codé comme suit :

E.1.0.1: *En médecine, au tout début. Eh eh mon père est médecin* (père médecin [code E 1]⁸⁸),

E. 1.0.2 : *et ma mère est infirmière. (mère infirmière [code E 1].),*

E : 1.0.3 : *Je pense que c'est ce qui m'a mis sur la voie* (ça m'a mis sur la voie [code E 1].).

2.2. La réduction des données collectées en thèmes et sous-thèmes

La codification a été d'une aide indéniable au processus de réduction des données collectées en thèmes et en sous-thèmes. La codification a donc facilité le repérage (saisie de l'ensemble des thèmes). Ici il s'agira de faire des parallèles entre les thèmes. Autrement dit se poser la question de savoir est-ce que les thèmes se répètent? Est-ce qu'ils se recoupent? Le tableau 4 expose une portion des *verbatim* réduite en thèmes et/ou sous-thèmes.

Tableau 4. Exemple de découpage de verbatim en thèmes et/ou sous-thèmes

Qui parle?	Extraits	Réduction en thèmes et sous-thèmes
Interviewer	Est-ce que je peux savoir ce qui vous a poussé à aller en médecine?	
Emma	E. 1.0.1 : <i>En médecine, au tout début. Eh eh mon père est médecin</i> [code E 1].	Père médecin
	E. 1.0.2 : <i>et ma mère est infirmière</i> [code E 1].	Mère infirmière

⁸⁷ Nous verrons plus loin à quoi réfère la terminologie unité de signification naturelle

⁸⁸ [Code E 1] E = Emma.

	E. 1.0.3 : <i>Je pense que c'est un peu ce qui m'a mis sur la voie</i> [code E 1].	Ça m'a mis sur la voie
Interviewer	Est-ce que ton père t'a orienté ou bien c'est toi-même qui a voulu aller en médecine?	
Emma	E. 1.0.4 : <i>Non c'est moi-même</i> [code E 2]. E. 1.0.5 : <i>Ma mère ne voulait pas que je fasse médecine</i> [code E 2]. E. 1.0.6 : <i>et mon père ne m'a pas forcément poussée</i> [code E 2]. E. 1.0.7 : <i>et au final les années avancent et après le baccalauréat, ça m'attirait bien.</i> [code E 2]. E. 1.0.8 : <i>Je voulais faire vétérinaire au début</i> et E. E. 1.0.9 : <i>je suis allergique aux animaux.</i> [code E 2]. E.1.10 : <i>Et du coup j'ai fait médecine.</i> [code E 2].	Moi-même Refus de la mère Pas poussé par le père Ça m'attirait bien Faire vétérinaire au début Allergie aux animaux Fait médecine
Interviewer	Est-ce que ton père t'a souvent conseillé?	
Emma	E. 1.11 : <i>Il m'a beaucoup soutenu.</i> [code E 3]. E. 1.12 : <i>Il m'a beaucoup conseillé.</i> Oui [code E 3].	Soutien du père Conseils du père
Interviewer	Et tu étais par exemple devant un cas, tu l'appelais, tu dis papa j'ai tel problème, j'ai...	
Emma	E. 1.13 : <i>Oui on échangeait beaucoup ouais!</i>	Échange avec le père

Interviewer	Est-ce que le fait d'échanger ça t'a apporté beaucoup de choses?	
Emma	E. 1. 14 : <i>Oui</i> [code E 3].	
Interviewer	Quoi par exemple?	
Emma	E. 1. 15 : <i>Déjà ça me permet d'extérioriser quand j'ai des cas comme ça.</i> [code E 4]. E. 1. 16 : <i>Ça me permet de prendre du recul.</i> [code E 4]. E. 1. 17 : <i>Ça permet aussi de bénéficier de l'expérience déjà des autres médecins avec qui on échange.</i> [code E 4].	Extérioriser Prendre du recul Bénéficier de l'expérience des autres médecins

Pour arriver à ce découpage, nous avons tout d'abord lu le texte à plusieurs reprises. Ce qui nous a permis de nous l'approprier c'est-à-dire de saisir ce qui est abordé dans l'extrait. Si nous prenons par exemple ces extraits codés E 1 et E 2, tirés du tableau 4 ci-dessus, le sujet présente ses motivations à s'engager en médecine : [code E 1]. « *en médecine, au tout début. Eh eh mon père est médecin et ma mère est infirmière. Je pense que c'est un peu ce qui m'a mis sur la voie* ». Et [code E 2] « *non c'est moi-même. Ma mère ne voulait pas que je fasse médecine et mon père ne m'a pas forcément poussé. Et au final les années avancent et après le baccalauréat, ça m'attirait bien. Je voulais faire vétérinaire au début et je suis allergique aux animaux et du coup j'ai fait médecine* ».

Cet extrait révèle que le père de l'interne est médecin et sa mère, infirmière. Ce qui l'a mis sur la voie des professions de la santé. Même si la profession des parents était une référence identitaire pour le sujet, c'est celui-ci qui a décidé de s'orienter vers les professions des sciences de la santé et ici la médecine. Toutefois Emma s'est trouvée devant un dilemme soit faire médecine vétérinaire ou médecine humaine. L'allergie aux animaux l'a aidée non seulement à s'en sortir mais aussi à consolider le choix de la médecine.

Cette saisie du texte a facilité aussi bien son assimilation que son appropriation. Le changement de sujet à certains endroits (Ferret, Grau, Minel et Porhiel, 2001) a aussi donné à constater un changement de thème et/ou de sous-thème. Si nous prenons par exemple l'extrait E 1 soit « *en médecine, au tout début. Eh eh mon père est médecin et ma mère est infirmière. Je pense que c'est un peu ce qui m'a mis sur la voie* » réparti en :

E. 1.0.1 : *En médecine, au tout début. Eh eh mon père est médecin* [code E 1] : le thème est : père médecin.

E. 1.0.2 : *et ma mère est infirmière* [code E 1] : le thème est : mère infirmière.

E. 1.0.3 : *Je pense que c'est un peu ce qui m'a mis sur la voie* [code E 1] : le thème est : ça m'a mis sur la voie.

Ces changements de thèmes et/ou de sous-thèmes ont éclairé la formulation de ce que les auteurs-es appellent unités de signification naturelles. D'après Paillé et Mucchielli (2013, p. 241), « une unité de signification est une phrase ou un ensemble de phrases liées à une même idée, un même sujet, ou, si l'on veut, à un même thème ».

Ce rangement des *verbatim* en unités de signification poursuit un double intérêt soit la saisie de l'ensemble du *verbatim*. Ce qui rend aisé la compréhension de chaque extrait afin de dégager non seulement le thème abordé mais aussi les propriétés des catégories conceptualisantes. Nous reviendrons plus loin sur ce groupe nominal « catégories conceptualisantes » puisqu'elles participeront à la construction de la modélisation/théorisation du processus d'autoformation expérientielle des résidents-es et internes en médecine.

Disons pour terminer que le découpage des extraits des *verbatim* en thèmes et en sous-thèmes permet au-à la chercheur-e de savoir non seulement de quoi traite l'extrait mais aussi le nombre d'unités de signification naturelles le constituant. La délimitation des unités de signification naturelles participent de l'analyse des productions biographiques des répondants-es en ce sens qu'elles constituent des phrases qui « ressortent comme étant des exemples caractéristiques de l'expérience globale du sujet en rapport avec l'objet spécifique de la recherche » (Bachelor et Joshi, 1986, p.51). En ce sens, les unités de signification naturelles servent de toile de fond de la formulation des énoncés phénoménologiques et donc de l'examen phénoménologique, nécessaire à « l'élucidation eidétique des phénomènes étudiés » (*Ibid.*, p.50).

3. L'ANALYSE DES PRODUCTIONS BIOGRAPHIQUES DU CÔTÉ FRANÇAIS

L'analyse des productions biographiques des participants-es à l'étude français-es a été réalisée en trois étapes soit l'examen phénoménologique de leurs productions biographiques, l'analyse de leurs productions à l'aide des catégories conceptualisantes et la théorisation/modélisation des situations et processus d'autoformation.

3.1. L'examen phénoménologique des productions biographiques

3.1.1. Définition de l'examen phénoménologique

L'examen phénoménologique est un exercice qui permet au-à la chercheur-e d'ancrer la compréhension et l'interprétation des données recueillies dans le contexte dans lequel elles ont été recueillies et en se rapprochant le plus fidèlement du vécu expérientiel des sujets à l'étude. C'est donc une modalité de l'analyse qualitative qui est d'une aide précieuse dans la conceptualisation du vécu expérientiel.

Nous pouvons même dire que sans l'examen phénoménologique, l'herméneutique des données recueillies ne serait pas possible si l'on voudrait donner un sens à la signification du discours des acteurs ou actrices comme nous le font remarquer Paillé et Mucchielli (2013,p.145): « il peut représenter l'ancrage initial et constamment renouvelé d'un effort de théorisation ».

L'examen phénoménologique se passe en trois temps (*Ibid.*).

Le premier temps est celui de la « lecture et relecture “phénoménologisantes” des entretiens dans un souci de retour aux expériences et aux événements » (*Ibid.*). Il est tout d'abord question de lire le texte au complet, se l'approprier et le rendre familier. La familiarisation renvoie ici à la structuration du texte, aux ponctuations qui permettent au-à la chercheur-e de circonscrire la charge de lecture à lui attribuée.

Ensuite l'investigateur ou l'investigatrice lira le texte pour avoir une signification *a priori* du sens que les acteurs ou actrices attribuent à leur vécu expérientiel. Cela sous-entend que l'enquêteur ou l'enquêtrice soit lui-même un sujet du monde c'est-à-dire une personne qui a vécu

des expériences similaires ou alors qui a eu à consulter des textes traitant des vécus expérientiels pouvant être assimilés à ceux-ci. Il en a tiré des enseignements qui lui permettent d'accéder à la saisie immédiate du vécu expérientiel (Vasilachis de Gialdino, 2009).

Le second temps de l'examen phénoménologique est celui de « la production en marge des transcriptions, d'énoncés phénoménologiques tentant de cerner peu à peu l'essence de ce qui se présente », nous l'apprennent Paillé et Mucchielli (2013, p.145). Cela permet au-la chercheur-e d'entrer dans la conscience du texte pour le comprendre et l'interpréter sans pour autant en altérer le sens qu'attribue les acteurs ou les actrices à leur discours.

Autrement dit, il va laisser le texte lui dire ce qu'il occulte tout en faisant taire ses préconceptions idéelles du texte : « Il s'agit de [...] mettre le plus entre parenthèses (réduction phénoménologique) les interprétations *a priori* à propos du phénomène » (*Ibid.*). Pour faciliter cet exercice, il va chercher à extraire du texte des extraits essentiels nécessaires à la compréhension et à l'interprétation du texte.

Cette-ce sélection/recouvrement des sections (phrases) clés du texte poursuit deux objectifs. Tout d'abord, il sert à condenser le texte c'est-à-dire à le réduire pour alléger le travail de lecture : « l'important est de réussir à synthétiser phénoménologiquement le contenu correspondant à l'aide d'énoncés appropriés, c'est-à-dire de phrases allant à l'essentiel par rapport à la portion de corpus abordée » (*Ibid.*, p.147). Elle est aussi d'une aide indéniable dans la constitution des énoncés. Les énoncés sont bien entendus des reformulations des dires des sujets à l'étude afin de réduire d'avantage le travail de lecture et d'analyse. Le-la chercheur-e n'aura plus à rentrer dans le texte, il va utiliser les énoncés ainsi constitués pour faciliter la « manipulation des

informations » (*Ibid.*, p.148). La production des énoncés est différente de celle des codes en ce sens que la première constitue un niveau d'analyse phénoménologique alors que la deuxième n'est rien d'autre qu'une classification des phrases contenues dans le *verbatim* sous la forme alphanumérique.

La troisième phase de l'examen phénoménologique est la « constitution des récits phénoménologiques ». Ainsi après avoir constitué les énoncés phénoménologiques, le-la chercheur-e élabore un récit qui respecte la perspective des acteurs ou actrices duquel ou de laquelle est issue le récit. Celui-ci n'est rien d'autre qu'une mise ensemble des différents énoncés dans une façon systématique faisant émerger « une compréhension empathique et circonstanciée du monde vécu à travers l'éclairage mutuel des ressorts internes de l'expérience et de l'action » (*Ibid.*, p.149).

3.1.2. Processus de production d'un examen phénoménologique, l'exemple d'Emma

Emma est une interne en médecine générale de l'Université d'Angers en France. Au moment de l'interview, il ne lui restait qu'un mois de stage d'internat. C'est donc une interne en médecine en voie de finalisation de son cycle de formation médicale : « *moi j'ai fait tout mon internat au Mans parce que je voulais me faire connaître et les gens quand ils savent que tu travailles bien ils te font confiance même quand tu es en ville* » (Emma, interne en médecine).

Cette posture de finissante, même si elle ne fait pas l'unanimité des vécus expérientiels des finissants-es en médecine français-es, nous fait comprendre les subtilités utilisées par Emma, les tensions qu'elle a subies, les obstacles traversés, les ajustements opérés tout au long de son parcours d'internat en médecine. Ce qui permet de théoriser/modéliser le processus

d'autoformation d'Emma, interne en médecine française, mais aussi de déceler les zones d'ombre de la formation médicale en France, les freins à l'apprentissage des étudiants-es y inscrits-es au cycle d'internat en médecine.

Emma a répondu au sondage lancé par la faculté de médecine d'Angers proposant aux internes de participer à notre étude. Sa motivation a résidé tout d'abord dans la thématique abordée par le travail de recherche et ensuite dans sa volonté de partager ses expériences. Une fois l'interview terminée, nous nous sommes évertués à la retranscrire afin d'avoir sur papier le format des questions et des réponses.

Et pour rappel, nous avons attribué un thème ou un sous-thème à chacune d'elle. Il nous reste maintenant à ressortir les thèmes centraux ainsi que leurs analyses que nous allons appeler énoncés phénoménologiques. Le tableau 5 en annexe D présente des extraits d'énoncés phénoménologiques construits à partir des unités de signification naturelles. N'oublions pas de signaler que cette procédure d'élaboration des énoncés phénoménologiques, nous l'avons empruntée à Bachelor et Joshi (1986).

De ces extraits, découlent les récits phénoménologiques d'Emma versés dans le tableau 6 ci-dessous.

Tableau 6. Extraits des récits phénoménologiques d'Emma

Extrait du récit phénoménologique d'Emma [code E 1 à code E18].
Le père d'Emma est médecin et sa mère, infirmière. Le choix de faire médecine s'est donc fait en référence au domaine de profession des parents-es. La mère d'Emma n'a jamais voulu que

sa fille fasse médecine. Emma s'y est engagée sans pression externe normative. Le choix d'Emma de faire médecine remonte cependant à de nombreuses années. Dès qu'elle a obtenu son baccalauréat de l'enseignement secondaire, elle s'est engagée dans la formation médicale. Emma révèle qu'elle était aussi attirée par la profession de médecin vétérinaire. La préférence de la médecine humaine a dérivé de l'allergie pour les animaux. Emma affirme que pendant toute sa résidence, elle a bénéficié du soutien et des conseils de son père avec qui elle échangeait beaucoup. L'échange avec le père lui a permis d'extérioriser lorsqu'elle a des cas cliniques. Ce qui lui permet de prendre du recul et de bénéficier de l'expérience des autres médecins avec lesquels elle entre en interaction. Il est arrivé qu'Emma appelle son père pour discuter d'une situation clinique qu'elle a vécue. Lors de ce débriefing postsituationnel, elle partage son expérience et profite des conseils de son père médecin sénior. Emma est résidente en médecine générale alors que son père est médecin réanimateur. D'après elle, la différence se situe au niveau de la prise en charge globale du-de la patient-e. En réanimation médicale, elle pense qu'on est beaucoup plus dans l'urgence, ce qui n'est pas le cas en médecine générale. Même si l'échange avec le père lui procure du soutien notamment dans l'explication des situations cliniques, Emma retrouve aussi dans ses stages des médecins séniors-es auprès desquels-les elle construit des apprentissages. Même si Emma a un père médecin, elle considère qu'elle n'est pas plus privilégiée que les autres internes en médecine dont les parents n'exercent pas la profession médicale.

Ces extraits apportent des éclaircissements sur ce que veut dire Emma. Comprenant ce qu'elle voudrait dire, l'interprétation en serait aisée. C'est d'ailleurs pourquoi les psychologues

dixit Bachelor et Joshi (1986) et les psycho-phénoménologues utilisent les énoncés phénoménologiques pour comprendre ce qu'a vécu leur client, ce qui lui a apparu. Toutefois à la différence de ceux-ci, nous allons prendre le point de vue du sujet à la troisième personne et non à la première (Vermersch, 1994).

Notre objectif n'est pas de nous arrêter au stade de l'examen phénoménologique. Nous voulons accéder à la signification du sens qu'attribue Emma à son discours. C'est pourquoi nous allons procéder à l'analyse des productions biographiques d'Emma à l'aide des catégories conceptualisantes.

3.1.3. L'analyse des productions biographiques⁸⁹ d'Emma à l'aide des catégories conceptualisantes

Une catégorie n'est pas une rubrique ni encore moins un thème. La catégorie diffère de ces deux concepts en ce sens qu'elle ne s'attèle pas seulement à désigner le contenu d'une section d'un matériau textuel. Elle représente ce que vit le sujet en situation d'explicitation de son vécu expérientiel. Le narrateur ou la narratrice s'exprimant à la première personne et l'interlocuteur (l'analyste) à la troisième personne, le vécu expérientiel narré est perçu par le sujet interlocuteur comme étant un matériau de recherche renfermant une signification propre au sujet narrateur. Autrement dit l'analyse par catégories conceptualisantes consiste à dénommer section après section les phénomènes perceptibles dérivant de la lecture conceptuelle dudit matériau de recherche. La catégorie désignant ici le phénomène auquel a été exposé le sujet en situation de narration de son vécu expérientiel. Analyser donc les productions biographiques d'Emma à l'aide

⁸⁹ Entretiens biographiques

des catégories conceptualisantes revient donc à attribuer une signification à chaque compartiment textuel émanant de son discours.

Le travail d'analyse à l'aide de catégories implique donc : une intention d'analyse dépassant la stricte synthèse du contenu du matériau analysé et tentant d'accéder directement au sens, et l'utilisation, à cette fin, d'annotations traduisant la compréhension à laquelle arrive l'analyse. La catégorie permet de répondre directement, en quelques mots, tout au long de l'analyse, aux questions fondamentales que pose sa compréhension rigoureuse : “compte tenu de ma problématique, quel est ce phénomène ?”, “comment puis-je le nommer conceptuellement ?” *dixit* Paillé et Mucchielli (2013, p.316).

Si nous nous en tenons une fois de plus aux auteurs suscités, il existe deux modes d'élaboration d'une catégorie. Le premier passe par l'annotation en marge des catégories et ceci au fur et à mesure que l'analyste avance dans la lecture indirecte du matériau de recherche. “Indirecte” ici réfère à la posture du-de la chercheur-e qui ne se trouve plus dans le champ de la recherche à ce moment précis d'élaboration de catégories. Dans le deuxième mode, la génération de catégories n'est pas séparée de la lecture conceptuelle en direct du matériau c'est-à-dire du terrain de la recherche. La production de catégories conceptualisantes s'inscrivant dans un schéma de théorisation ancrée, le recours initial au premier mode est généralement suivi du deuxième.

Auparavant, signalons que si l'examen phénoménologique des productions biographiques d'Emma nous a permis de conserver/abandonner certains extraits émanant de sa production textuelle, l'analyse à l'aide de catégories conceptualisantes n'est rien d'autre qu'une élaboration

de catégories émanant des extraits conservés. Ainsi en lisant chacun des extraits conservés, nous avons procédé par la nomination du phénomène traversant l'expérience ou le comportement d'Emma et des autres sujets de l'étude. Confronté au matériau empirique, nous avons dépassé les questions linéaires soit « je suis en face de quel phénomène » (*Ibid.*, p.344) pour rester le plus près des propos des sujets à l'étude. Autrement dit nous avons procédé comme indiqué dans cette acception :

Face aux matériaux qu'il a recueillis, [le chercheur] doit mettre sa pensée en action, puiser à ses référents interprétatifs, tenter de nommer ce qu'il a pressenti sur le terrain ou ce qui s'impose à lui au moment où il relit ses notes et ses transcriptions, et, en même temps, il doit se laisser surprendre par ce qu'il a observé ou par ce que l'on a partagé avec lui (*Ibid.*, p.10).

Auparavant signalons qu'un énoncé phénoménologique émane d'une unité de signification naturelle. Toutefois plusieurs unités de signification naturelles peuvent servir à élaborer une catégorie. Voici trois unités de signification naturelles produites par Emma :

En médecine au tout début, eh eh mon père est médecin

Et ma mère est infirmière

Je pense que c'est un peu ce qui m'a mis sur la voie

En regroupant les trois unités de signification naturelles : « *En médecine au tout début, eh eh mon père est médecin et ma mère est infirmière. Je pense que c'est un peu ce qui m'a mis sur la voie* », on parvient à quelque chose de cohérent c'est-à-dire susceptible de nous mener à ce que

vit le sujet au moment où il parlait. Le phénomène auquel est exposé le sujet ici est : orientation par référence à la forme identitaire parentale.

Au regard de ce qui précède, nous constatons que pour élaborer cette catégorie, nous avons utilisé le procédé de la charade. Ainsi on dira mon premier est : Mon père est médecin; mon deuxième est ma mère est infirmière; mon troisième est je pense que c'est un peu ce qui m'a mis sur la voie. Mon tout est orientation par référence à la forme identitaire parentale.

Il peut arriver qu'à partir d'une seule unité de signification naturelle, l'on parvient à créer une catégorie. L'exemple est le suivant : « *En général c'est un débriefing. La situation était déjà passée. Donc j'avais déjà tout vérifié toute seule. Et après c'est un débriefing. Ça ne m'arrive pas souvent. Mais de temps en temps ça m'arrivait. On en parlait des cas différents de ce qu'on rencontre d'habitude. Donc donc c'était un débriefing pour partager une expérience. Mais moi j'ai toujours fait, comme, de toute façon ce n'est pas la même spécialité* ». Une ou deux catégories peut/peuvent être créées ici soit Débriefing post situationnelle et Partage d'expérience facilité par le débriefing. Mais à bien regarder, la première catégorie peut être incluse ou associée à la deuxième. Cette deuxième formulation de catégorie n'a pas suivi le procédé de la charade. Nous nous sommes basés sur nos référents théoriques.

Finalement disons que la production des catégories se fait toujours en référence à la question de recherche et/ou aux objectifs de la recherche. Autrement dit la cohérence d'une catégorie se situe dans sa position dans l'avancée du projet.

Le tableau 7 en annexe G présente l'élaboration de quelques catégories issues des productions biographiques d'Emma.

À l'observation des catégories conceptualisantes produites, nous constatons que leur élaboration n'est pas disjointe de l'interprétation contenue dans celle-ci. La dixième catégorie présentée dans le tableau 7 en annexe G soit désir de se faire soi dénué de l'influence du père souligne la volonté du sujet de démontrer qu'il a des compétences, des valeurs susceptibles d'être mobilisées dans l'action en dissociation d'avec la référence identitaire paternelle. Ce qui est non seulement indéniable au processus d'autoformation du sujet (voir motif valorisant⁹⁰) mais aussi une prédisposition de celui-ci à acquérir des compétences professionnelles pour être plus performant dans l'exercice de sa profession (voir motif professionnel⁹¹).

La catégorisation, loin d'être une classification opérationnelle même si empirique, dépasse le cadre de la thématisation pour pénétrer celui de l'herméneutique dans lequel l'équation intellectuelle du-de la chercheur-e est obligatoire nous disent Paillé et Mucchielli (2013). Cette équation intellectuelle passe bien sûr par la réduction phénoménologique (voir *epochè* chez Husserl) mais aussi par le dialogue qu'entretient l'investigateur ou l'investigatrice avec la réalité ontologique ⁹²(voir *dasein* chez Heidegger). Pour mener à bien ce dialogue, l'enquêteur ou l'enquêtrice doit scruter les productions biographiques comme celles d'Emma avec des marqueurs spécifiques qu'il connaît déjà même s'il-si elle ne sait pas d'avance le contexte de leur apparition ni leur nombre.

In fine, nous avons en notre possession plusieurs catégories conceptualisantes construites au détour de l'analyse des productions biographiques d'Emma. Celles-ci sont réparties dans les

⁹⁰ Pelaccia, Triby, Delplancq, Bartier, Ammirati, Leman, Meyer, Brunstein et Dupeyron (2009)

⁹¹ *Ibid.*

⁹² La réalité ontologique n'est rien d'autre qu'une conceptualisation de la réalité factuelle.

différentes rubriques que comportent le tableau 8 en annexe H. Mais comme le disent si bien Paillé et Mucchielli (2013), toutes les catégories, même si riches, ne feront pas partie de la trame centrale de la théorisation finale. Certaines seront écartées, d'autres seront fusionnées entre elle, d'autres enfin seront enrichies ou approfondies.

Ce procédé que nous appelons mise en relation nous a permis de mettre en évidence certaines composantes du processus d'autonomisation d'Emma. La définition et l'élaboration des propriétés des catégories a facilité le travail de mise en relation. Si nous prenons par exemple la catégorie « Choix (professionnel) librement opéré » contenue dans le tableau 7 en annexe G, le tableau 9 ci-dessous présente sa définition et ses propriétés.

Tableau 9. Définition et propriétés de la catégorie susmentionnée

Variables	
Catégorie	Choix professionnel (librement) opéré
Définition	Désir de s'orienter vers la médecine satisfait par l'engagement du sujet dans cette filière sans pour autant subir ni de contraintes d'ordre normatives ou d'injonctions discrètes et/ou explicites.
Propriétés	<p>Absence d'incitation à s'orienter en médecine : « <i>mon père ne m'a pas forcément poussé</i> »;</p> <p>Résistance au changement de l'identité visée : « <i>ma mère ne voulait pas que je fasse médecine</i> »;</p> <p>Capacité du sujet à opérationnaliser son choix professionnel « <i>non c'est moi-même</i> »;</p>

	<p>Perception de la valeur accordée au choix opéré « <i>et au final les années avancent et après le baccalauréat, ça m'attirait bien</i> ».</p> <p>Rationalité de la conduite « <i>je voulais faire vétérinaire au début et je suis allergique aux animaux. Et du coup j'ai fait médecine</i> ».</p>
--	--

Chaque propriété correspond aux éléments qui sont caractéristiques au phénomène vécu par le sujet. La définition et la spécification des propriétés de chaque catégorie conceptualisante élaborée au détour du travail d'analyse des productions biographiques d'Emma ont contribué au raffermissement de la compréhension des catégories alors conceptualisées mais aussi à éclairer le travail de mise en relation. Les questions sous-tendant la mise en relation sont les suivantes : « nous avons des catégories, quels liens existent-ils entre elles au regard des verbalisations du sujet? »; « Quelles articulations mobilisées dans le processus de cocréation retrouve-t-on entre les différentes catégories afin de pouvoir développer un schéma théorisant? ».

Au regard des productions biographiques d'Emma, nous constatons, après mise en relation des catégories, que son parcours de professionnalisation est parsemé de plusieurs phases en interrelation. La première phase est le vécu des situations existentielles périlleuses⁹³ (exemple des conflits) surgissant tout au long de son parcours. Ce qui l'a amené à non seulement rechercher des

⁹³ Catégorie : Conflit lié à la prise en charge jugée non adaptée : « Oui. Ça m'est arrivé sur les fins de vie pour la prise en charge de la douleur. La prise en charge n'était pas du tout adaptée, qu'il ne fallait pas et c'était difficile à mon chef d'entendre que je n'étais pas d'accord avec cette prise en charge. ».

facteurs de protection (individuelles⁹⁴, interactionnels⁹⁵) mais aussi à développer des facteurs de néo-développement⁹⁶ (construction du sens, force motivationnelle, tutorat de résilience) afin de supporter les coûts perçus (Chanal, 2013) dans le cheminement académique. Ces facteurs de résilience ont donc constitué des stratégies actives d'adaptation pour faire face à l'épuisement professionnel et à la détresse psychologique et consolider le processus d'autonomisation du sujet. Le schéma 7 ci-dessous présente les interconnexions entre les différentes phases du cheminement académique d'Emma.

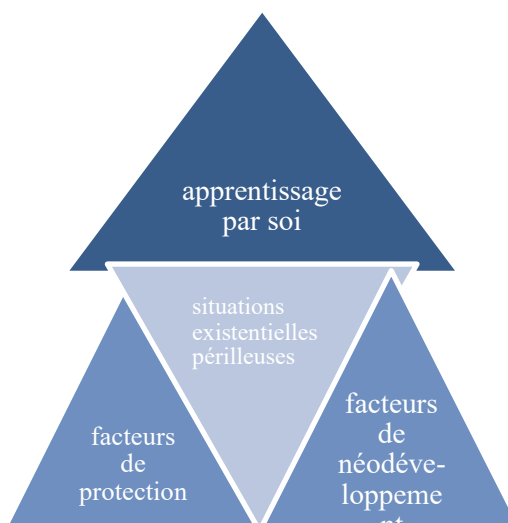


Schéma 7. Interconnexions entre les différentes phases du cheminement d'Emma

Si nous considérons la phase d'autoformation existentielle, elle constitue un processus de formation de soi par soi *dixit* Pineau (1983). Le préfixe auto joue ici un rôle déterminant puisqu'il

⁹⁴ Confiance en soi : « Non non plus stressé puisque même si je fais le même travail avec un autre chef je sais que jamais j'ai besoin je peux aller demander à un autre collègue. Après je me disais si j'ai un gros souci il y a toujours un autre sénior à côté à qui demander quoi ».

⁹⁵ « Je connaissais quelqu'un en cancérologie qui était spécialisé en fin de vie et je lui ai demandé de l'aide. C'était un médecin ».

⁹⁶ Voir annexe K

constitue l'autonomie fondamentale (capitale, décisive). Le sujet ainsi confronté aux expériences de vie et ici aux difficultés de se faire soi (devenir médecin), engage une réflexivité interne pour s'en sortir. Cet apprendre à être différent de la centration sur l'appropriation des savoirs, est ancré dans le champ du savoir-être et/ou du savoir-devenir bénéfique à la formation du sujet engagé dans la construction d'un concept de soi satisfaisant. C'est dans cette optique que Courtois et Pineau (1991) associent l'autoformation existentielle à la formation expérientielle.

Les situations existentielles périlleuses représentent les confrontations du sujet avec des ressentis pénibles, des souffrances face à des événements stressants et/ou des facteurs de risque qui menacent son processus de développement. Emma a fait face aux conflits avec son superviseur de stage, avec les infirmières et infirmiers c'est-à-dire des facilitateurs de sa formation expérientielle⁹⁷. Les facteurs de protection et de néo-développement sont quant à eux des facteurs de résilience. La résilience amène le sujet à résister aux pressions psychiques (affects psychiques) et psychologiques (violence émotionnelle). Ce qui lui permet de reprendre sa structure initiale (Cyrulnik, 1999) et de persévérer dans son entreprise de formation ou dans sa profession. Concrètement, Emma a reçu du soutien personnel et organisationnel qui ont facilité son adaptation. Ce qui est certain c'est que l'adaptation d'Emma est aussi orientée par le paradigme « *expectancy value* » (Bourgeois, De Viron, Nils, Traversa et Vertongeen, 2009, p.121) c'est-à-dire sa capacité à non seulement maîtriser les leviers conduisant à la réussite des apprentissages mais aussi la présence des avantages obtenus au terme de l'entreprise de formation. Le schéma 8 ci-dessous

⁹⁷ Annexe K

présente un aperçu de la mise en articulation des catégories conceptualisantes mettant en évidence un aspect du processus d'autoformation existentielle d'Emma.

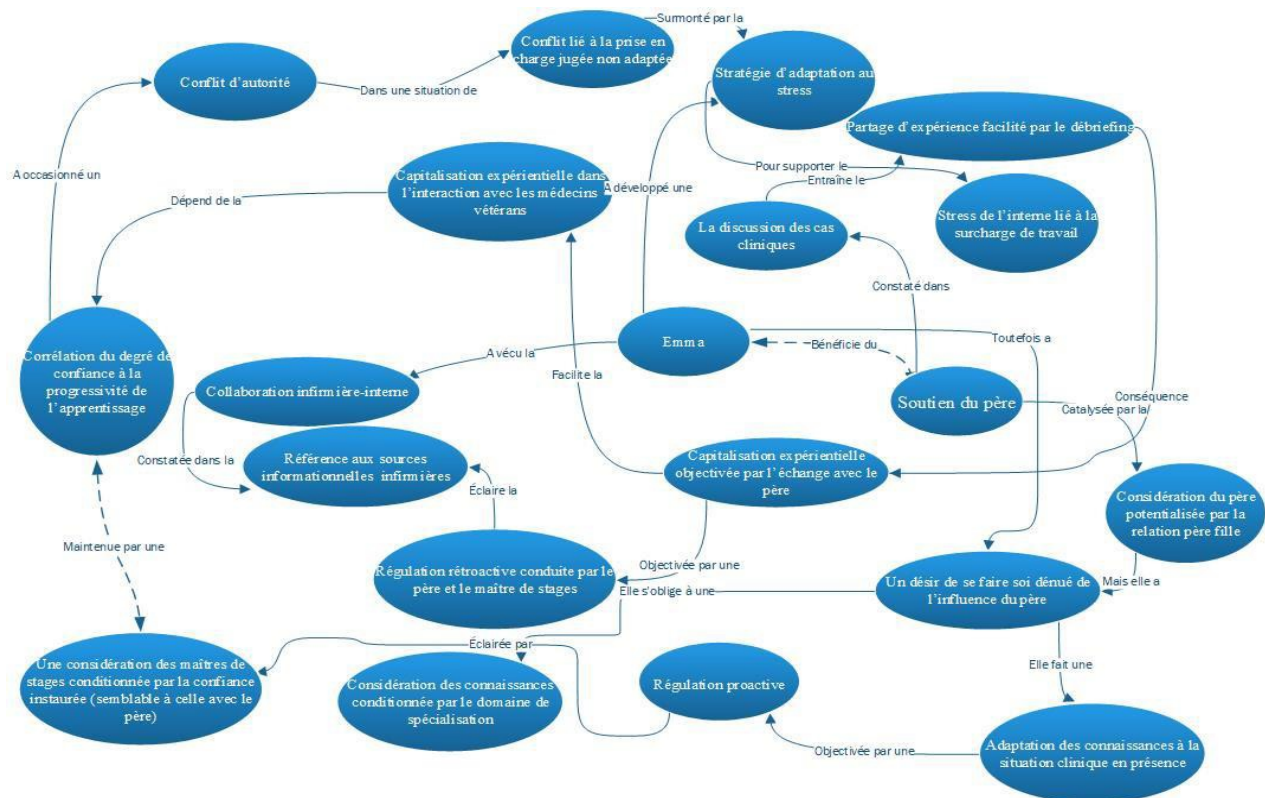


Schéma 8. Mise en relation de certaines catégories d'un aspect du processus d'autoformation d'Emma

Si nous nous en tenons à Paillé et Mucchielli (2013), la mise en relation des catégories est une opération qui intervient dans les débuts de l'analyse. On parle bien de théorisation ancrée. L'analyse ayant lieu simultanément avec la collecte de données, la catégorisation se fait au fur et à mesure que de nouveaux éléments empiriques émergent. Autrement dit l'émergence d'une nouvelle catégorie ne peut se faire que dans un contexte de nouvelle production biographique.

Dans le cas précis des productions biographiques d'Emma, la découverte des nouvelles catégories s'est faite au fur et à mesure que nous avançons dans l'analyse du *verbatim*. Toutes ces catégories sont présentées dans le tableau 8 en annexe H.

Nous avons dit plus haut que toutes les catégories produites ne feront pas partie de la théorisation finale, même si très riches. Leur mise en relation, comme procédé dans le schéma 8, a permis de mettre à disposition les catégories conceptualisantes devant faire partie de la modélisation du processus d'autoformation expérientielle d'Emma en particulier et des internes en médecine en général.

La mise en relation telle versée dans le schéma 8 passe par le processus de cocréation du sens⁹⁸ du discours du-de la répondant-e. Emma dit par exemple « *non j'adapte. Oui. Je prends les deux. Je prends un peu plus ce qu'on me dit, quel est mon point de vue à moi bien sûr j'adapte à la situation* ». La catégorie qui émerge ici est celle de l'adaptation des connaissances à la situation clinique en présence. Plus loin, elle dit « *oui, j'estime que c'est mieux il avait raison et que effectivement je n'avais pas pensé à cet aspect-là. Donc c'est possible je change ma façon de faire la prochaine fois* ». La catégorie qui émerge ici est la régulation proactive. Il existe un lien entre les deux catégories en ce sens que la régulation proactive objective l'adaptation des connaissances à la situation clinique en présence. Autrement dit Emma reçoit du père médecin et des maîtres de stage des procédés expérientiels visant à s'en sortir face à des situations cliniques jugées difficiles du fait qu'elle soit en situation d'autonomisation. Au lieu de les appliquer *stricto sensu*, elle opère une réflexion afin de faire la part de choses entre l'expérience et ce qu'elle aurait lu. Il peut arriver

⁹⁸ Le sens est créé par le-la participant-e à l'étude et par l'investigateur ou investigatrice.

que le substrat appliqué ne donne pas le résultat escompté. Elle tire des leçons dont elle fait part à son père et ses maîtres de stages. Cette régulation proactive, prenant appui sur des observations réalisées dans des situations antérieures d'apprentissage, lui permet de performer dans la nouvelle situation clinique même si celle-ci semble être identique. Le schéma 8 fait allusion à la catégorie régulation rétroactive (conduite par le père et le maître de stages) :

ça je dirais que ça influence oui quand on en parle avec mon père et quand j'en parle avec le maître de stage parce que du coup hein là par exemple je suis en phase de stage chez un praticien. Je suis toute seule la journée et le soir, on a un debrief et c'est la même chose je vais partir vers une direction pour résoudre ma consultation et mon père va me dire oui très bien et on aurait aussi pu faire comme ça. Et c'est ça qui est enrichissant. Et comme cela je sais qu'ils auraient aussi pu faire autrement (Emma, interne en médecine).

Au regard de ce qui précède, on observe d'une part que la régulation rétroactive est un retour sur les tâches effectuées alors que la régulation proactive est le fait de prendre appui sur les manquements réalisés au cours de la réalisation des tâches antérieures pour pouvoir faire mieux la prochaine fois. En ce sens, les trois catégories sont liées. Si nous nous en tenons à Paillé (1994, p.168), il s'agit ici de « trouver des liens qui ont habituellement déjà commencé à s'imposer d'eux-mêmes lors du travail de consolidation ». Autrement dit « une catégorie en évoque une autre, et l'analyste pressent que ces catégories sont liées d'une quelconque façon » (*Ibid.*, 2013, p.379).

Trois façons de mettre en relation les catégories nous apprend Paillé (1994). La première est transversale c'est-à-dire que le-la chercheur-e met en relation les catégories à partir d'elles-

mêmes en se basant sur leurs associations avec les phénomènes. Il procède tout d'abord par une lecture approfondie du *verbatim*. Ce qui lui permet de relever au fur et à mesure les catégories conceptualisantes. Ensuite, face aux catégories ainsi élaborées, il pose les questions des liens entre les catégories : « ce que j'ai ici est-il lié avec ce que j'ai là? En quoi et comment est-ce lié? » (*Ibid.*, pp.170-171). C'est le cas avec les catégories partage d'expériences facilité par le débriefing + discussion des cas cliniques = capitalisation expérientielle objectivée par l'échange avec le père (voir schéma 5). La deuxième est spéculative. Elle repose sur la logique et l'expérience. Il ne s'agit plus de rechercher *stricto sensu* le lien existant entre deux ou plusieurs catégories mais plutôt de spéculer sur la possible relation entre deux ou plusieurs catégories conceptualisantes. Ceci passe par des formulations, des élaborations des preuves, des hypothèses à vérifier. Les questions sont les suivantes : « À quelle autre catégorie cette catégorie devrait-elle logiquement être liée? Quels sont les types de liens qui normalement unissent ces deux catégories? Devrait-il y avoir une catégorie qui précède ou qui suive cette autre catégorie? » (*Ibid.*, p.171). C'est le cas avec les catégories considération du père potentialisée par la relation père fille + désir de se faire soi dénué de l'influence du père = adaptation des connaissances à la situation clinique en présence. La troisième est théorique c'est-à-dire qu'elle fait appel ici aux capacités d'adaptation des cadres théoriques aux contextes ou à la situation en présence. Cela suppose que le-la chercheur-e soit un lecteur ou une lectrice avéré-e. Autrement dit le-la chercheur-e ayant beaucoup lu, il ou elle est à même de procéder à des déductions et des inductions : « les relations établies à l'intérieur d'un cadre théorique ou conceptuel formel peuvent être d'une grande utilité pour le repérage des relations empiriques dans son propre corpus » (*Ibid.*, p.171). Le lien entre régulation rétroactive (conduite par le père et le maître de stages) + régulation proactive = adaptation des connaissances

à la situation clinique en présence émane des travaux empiriques des chercheurs-es bien connus-es sur la régulation des apprentissages (Allal, 2007; Laveault, 2007; Tardif, 2007; Develay, 2007).

Au total,

lorsque l'on procède à un essai de mise en relation d'entités conceptuelles, on ne se limite pas à manipuler des concepts abstraits, on pose en fait la question de la contemporanéité des portions d'expérience et de leurs rapports intimes réciproques dans la structuration de l'expérience humaine, sociale et culturelle *dixit* Paillé et Mucchielli (2013, p.380).

Au regard de ce qui suit, il ressort que le schéma 8 n'est rien d'autre qu'un assemblage d'éléments reconstituant une image et non l'expérience du sujet. Pour y arriver, nous devons utiliser le raisonnement logique pour assembler les pièces du puzzle afin de reconstituer la réalité des faits. Ceci passe par ce que Paillé et Mucchielli (2013) appellent la phase d'intégration.

Avant de passer à la phase d'intégration des données, soulignons quand même que lors du processus d'élaboration des catégories, nous ne nous sommes pas attardé sur l'identification des conditions d'existence de celles-ci telles que le préconisent Paillé et Mucchielli (2013). Si celles-ci « renvoient aux situations, événements ou expériences en l'absence desquelles le phénomène ne se matérialiserait tout simplement pas dans le contexte qui est le sien » (*Ibid.*, 362), nous ne sommes pas arrivé à ce niveau pour deux raisons. Tout d'abord parce que la spécification des propriétés des catégories permet à elle seule de démontrer son existence. Ensuite le processus d'itération tridimensionnelle permettra de valider les catégories ainsi constituées. Enfin disons que pour réaliser le schéma 8, la rédaction des mémos nous a été d'une aide précieuse. Le mémo facilite

la mise en relation en ce sens qu'il permet de mettre en évidence les liens entre les catégories sous un mode discursif. Les mémos facilitent la définition des premiers cadres de la mise en relation (Dumont, 2010).

Mémo

Un aperçu des situations périlleuses dans l'internat

De l'entretien d'Emma, il ressort que les internes font face à des situations conflictuelles :

« oui. Ça m'est arrivé sur les fins de vie pour la prise en charge de la douleur. La prise en charge n'était pas du tout adaptée, qu'il ne fallait pas et c'était difficile à mon chef d'entendre que je n'étais pas d'accord avec cette prise en charge. Du coup j'ai essayé de trouver de contourner la vie » (catégorie conceptualisante : conflit lié à la prise en charge jugée non adaptée).

Confrontée à une situation conflictuelle et soucieuse de se faire soi, Emma va outrepasser l'autorité de son chef immédiat : *« je connaissais quelqu'un en cancérologie qui était spécialisé en fin de vie et je lui ai demandé de l'aide. C'était un médecin »*. Ce recours à l'autorité d'un autre sénior laisse sous-entendre un conflit d'autorité provoqué par l'interne :

J'ai demandé un autre avis en quelqu'un en qui j'avais confiance. Eh bon à un autre médecin des urgences qui était dans une autre unité. Je suis allée quand je n'étais pas du tout d'accord je ne me mettais pas la vie en danger de la personne. Et ça n'avait pas du tout d'impact à peu près comme je voulais. Et plus bien voilà. J'ai eu un cas vraiment c'était un patient que je voulais qui devait être hospitalisé

aux soins intensifs de cardio et qui ne voulait pas rentrer chez lui et là je me suis sentie bloquée. Je suis allé voir un médecin qui était dans les urgences dans une autre unité et puis on l'a hospitalisé en soins intensifs (Emma, interne en médecine).

Ce qui s'en suit c'est tout d'abord une tension entre l'interne et le chef liée à sa déconsidération :

Comme il était avant parce que de toute façon c'est quelqu'un qui ne parlait pas qui ne parlait pas qui était tout seul dans son coin et qui faisait sa petite affaire. Donc il a continué à faire son truc. Il s'est méfié, après la garde était tendue. De toute façon j'allais le voir uniquement quand j'avais besoin. Je n'avais pas confiance. Quand j'étais sûr de moi, je faisais mon truc et puis il voyait. Je ne sais si après je suis allé demander son avis ou pas (Emma, interne en médecine).

Il s'en suit aussi une autonomisation obligée de l'interne en situation de conflit avec son sénior chef :

Oui parce que là on est hyperstressé, parce que là on se sent pour le coup toute seule pour gérer les urgences. Je n'avais absolument pas confiance en ce qu'il faisait donc du coup la responsabilité est sous soi et je disais vu que je ne pouvais pas avoir l'aval de mon sénior, c'est à moi de détecter si là on est devant une vraie urgence (Emma, interne en médecine).

Obligée de prendre en charge les cas cliniques en toute autonomie, Emma va se retrouver dans une situation de surcharge de travail de l'interne la nuit : « *Une nuit on est surchargé. On voit hein, il y a plus de deux cents entrées par jour donc je ne sais combien j'ai géré de patients* » (Emma, interne en médecine). La surcharge de travail entraîne chez les internes du stress :

parfois il y a du stress de la part de l'interne, pour ne pas dire les internes très stressés qui du coup restent très renfermés. Ils sont stressés par leurs responsabilités. Quand on arrive interne dans un service et qu'on a beaucoup de travail, on a beaucoup de choses à gérer. On est sollicité dans un plus dans tous les côtés. C'est facile de laisser accumuler par le stress, l'accumulation de travail (Catégorie conceptualisante : stress de l'interne lié à la surcharge de travail).
(Emma, interne en médecine).

À côté des conditions de travail difficiles évoquant la notion de surcharge cognitive telle soulignée par Emma dans son entretien « *l'internat est difficile eh. Déjà dans la masse de travail eh eh, les journées sont longues. On a beaucoup de travail. On a beaucoup de patients à s'occuper. On a toute la paperasse derrière. Il y a tout ça à gérer* » (Emma, interne en médecine), il se trouve d'autres déterminants de la dépression des internes notamment les conflits :

Et il y a d'autres qui ont tendance plutôt qu'à demander de l'aide à se renfermer et puis qui ne parlent, qui ne dialoguent pas. Ça donne un aspect et un peu plutôt froid de la personne. Les infirmières n'osent rien lui demander ou l'interne n'ose pas lui demander parce qu'il y a aussi parfois des situations où il n'y a pas

d'échanges (catégorie conceptualisante : conflit interne-infirmières lié au stress vécu par l'interne) (Emma, interne en médecine).

Autres stressseurs occupationnels, ce sont les éléments perturbateurs du travail de l'interne

Comme je te dis dans une journée on est dérangé par son chef. Il y a l'avis du machin. Il y a le SP qui vient voir votre chose, l'infirmière est débordée, il y a l'aide-soignant qui vient demandé-e si on prend le poids ou si on ne prend pas le poids. On est énormément dérangé. On a du mal à suivre le fil (catégorie conceptualisante Interne dérangé par ses supérieurs hiérarchiques et par le personnel paramédical) (Emma, interne en médecine).

Cette situation rendue difficile par la complexité des responsabilités de l'interne

Et ensuite on a malgré tout une grosse responsabilité je trouve c'est pas. On ne vend pas des fringues, on est là pour parfois prendre des décisions qui sont difficiles. Il y a tout ça il y a aussi le patient parfois avec des situations qui sont compliquées. Des pathologies qui sont parfois lourdes et parfois c'est l'entourage c'est une prise en charge globale. La maladie révèle plein de choses si tu veux, après il va avoir le lien dans la famille. Ça révèle des soucis, des choses dans la famille, gérer la famille qui arrive aussi. Tout ça c'est difficile. Tout ça beaucoup de choses vraiment c'est très dense. On a accumulé plein plein de choses (Emma, interne en médecine)

est associée à un manque de temps pour faire la recherche lié à la surcharge de travail

Et ensuite on a malgré tout une grosse responsabilité je trouve c'est pas. On ne vend pas des fringues, on est là pour parfois prendre des décisions qui sont difficiles. Il y a tout ça il y a aussi le patient parfois avec des situations qui sont compliquées. Des pathologies qui sont parfois lourdes et parfois c'est l'entourage c'est une prise en charge globale. La maladie révèle plein de choses si tu veux, après il va avoir le lien dans la famille. Ça révèle des soucis, des choses dans la famille, gérer la famille qui arrive aussi. Tout ça c'est difficile. Tout ça beaucoup de choses vraiment c'est très dense (Emma, interne en médecine).

mais aussi aux pleurs liées à la difficulté de l'interne de surmonter le stress

D'exploser. Ou alors c'est arriver des internes à pleurer en plein milieu de la visite, qui craque complètement. Et qui va s'isoler un tout petit peu parce que ça va plus et puis qui revient et il fait comme il peut ça arrive. Il n'y a pas de soupape quoi. Ça monte ça monte et la personne n'a trouvé aucun moyen de redescendre et à un moment ça lâche quoi (Emma, interne en médecine).

Le mémo ci-dessus peut être schématisé de la façon suivante (voir schéma 9) :

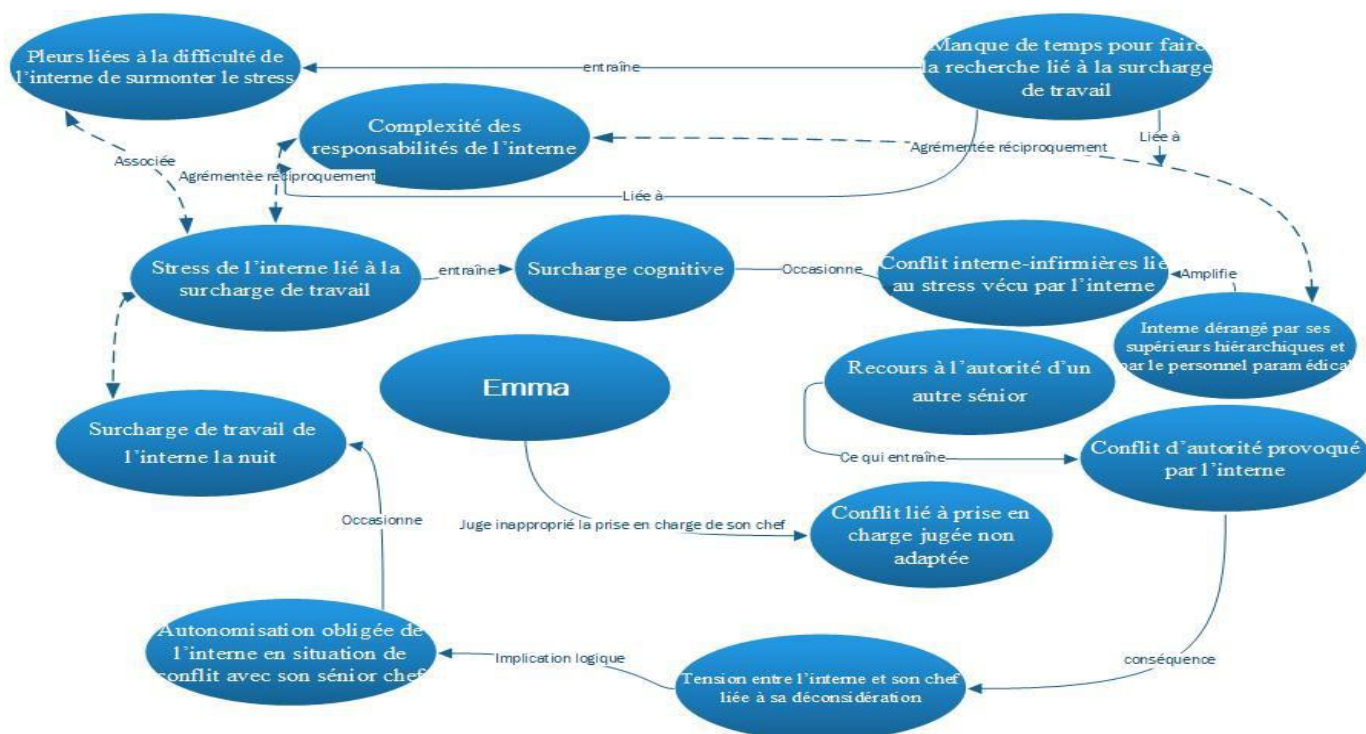


Schéma 9. Aperçu de situations périlleuses vécues par Emma

Ces formulations de mémo peuvent rappeler la première méthode d'élaboration de la mise en relation. Ce n'est pas le cas. Ici nous avons les catégories corrélées aux extraits et nous essayons de les lier sans pour autant nous soucier du lien qu'elles entretiennent avec la question de recherche.

3.1.4. La théorisation/modélisation des situations et processus d'autoformation d'Emma

3.1.4.1. L'intégration des données

Le schéma 8 et l'illustration de l'une de ses composantes (voir schéma 9) nous amène à dire que « la mise en relation des catégories peut déboucher sur une complexité telle que l'analyse pourrait ne plus jamais s'arrêter » *dixit* Paillé (1994, p.172). Si nous considérons par exemple le schéma 8, l'on ne perçoit pas le lien qu'entretiennent entre elles les différentes phases du

cheminement d'Emma. Or nous voudrions arriver à une structuration mettant en valeur une catégorie que nous appellerons catégorie centrale qui chapeautent d'autres catégories secondaires ou accessoires et « le tout étant lié dans un schéma explicatif fiable et bien ancré empiriquement » (*Ibid.*, p.167). Autrement dit si la mise en relation des catégories peut perdre le-la chercheur-e dans les labyrinthes des opérations analytiques, l'intégration rappelle à celui-ci ou celle-ci qu'il a un mandat soit celui de répondre à une question de recherche précisée par des objectifs de recherche.

Notre étude cherche à découvrir les processus clandestins utilisées par les futurs-es médecins pour s'en sortir alors qu'ils-elles vivent pour la plupart leur quotidien sous le mode de la détresse psychologique (Descary, 2015). Nous nous trouvons dans le registre de l'autoformation existentielle en ce sens qu'Emma recherche et s'appuie sur des leviers de la réussite pour parvenir à ses fins : devenir médecin. Il est question ici d'un travail sur soi, d'un franchissement des limites existentielles pour parvenir à une réalité qui n'était jusque-là qu'une possibilité.

Plusieurs catégories vont donc disparaître. Dans le tableau 8 en annexe H, on peut voir l'intégration des catégories faisant partie de la modélisation du processus d'apprentissage par soi d'Emma. Et le schéma 8 prend la forme du schéma 10 ci-dessous dans lequel on observe une opposition entre les leviers autoformateurs et les obstacles à cette modalité.

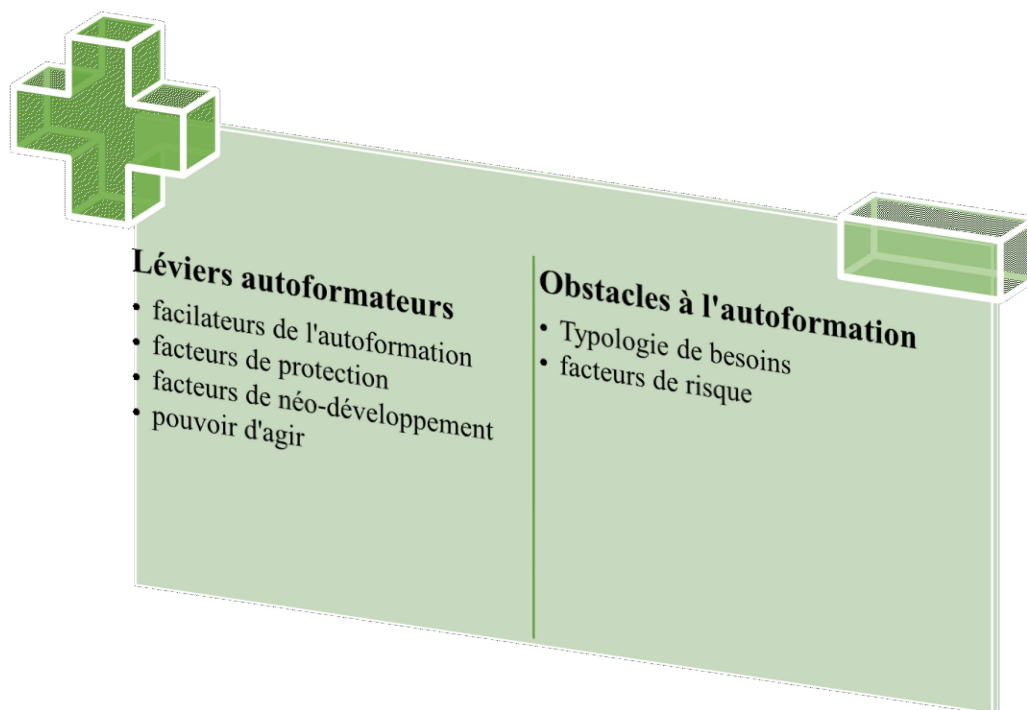


Schéma 10. Interrelations entre les leviers autoformateurs et les obstacles à l'autoformation dans le parcours d'Emma

Au regard du schéma 10 et de l'annexe H, l'on constate que le parcours de professionnalisation d'Emma est soutenue par de puissants leviers autoformateurs. Ce qui lui a permis d'atteindre l'identité visée. Brièvement disons que face aux obstacles rencontrés dans son parcours de professionnalisation, Emma a mobilisé des leviers lui permettant de s'ajuster, de résister et de consolider son auto-organisation (Morin, 1980). Emma est considéré comme un système ouvert c'est-à-dire un tout possédant des qualités et des propriétés que ses parties n'ont pas. L'endocausalité est la capacité qu'a Emma de pouvoir s'autoréguler par rapport aux causalités extérieures. L'homéostasie devient donc l'annulation par Emma des effets du milieu extérieur sur elle. Autrement dit, pour éviter sa désintégration et ici la non atteinte de son projet de formation,

Emma est allée chercher non seulement en elle mais aussi à l'extérieur les ressources nécessaires à l'atteinte de l'identité visée soit devenir médecin. Ce sont ces leviers que nous avons appelé facteurs de protection et de néo-développement qui créent « la condition de la vie autonome » (Claude, Bernard, n.d., n.p., cité par Morin, 1982, p.193).

Si l'atteinte de l'état d'homéostasie et de régénération est la résultante des influences positives provoquées par les facteurs de protection et de néo-développement, l'atteinte de l'identité visée est le fait de la coalition du pouvoir d'agir protégé et ensemencé par les facilitateurs de l'apprentissage. Le pouvoir d'agir d'Emma ne pouvait pas émerger si elle n'était pas capable de régulariser constamment son corps. Il a donc existé une rétroaction autorégulatrice permanente du pouvoir d'agir sur la maintenance proactive des facteurs de protection et de néo-développement, sinon elle se serait désintégrée à un moment précis de son parcours de professionnalisation. Toutefois, Emma est une future médecin c'est-à-dire un médecin sénior en devenir. Elle ne possède donc pas l'entière autonomie qui se manifeste chez le médecin sénior. L'instabilité de son autonomie va être stabilisée par les facilitateurs de l'apprentissage pour barrer la voie à l'émergence des obstacles l'empêchant d'atteindre son objet-but.

Pour terminer disons trois choses. Tout d'abord l'évocation des travaux de Morin ici ne découle pas d'un fait anodin. Nous avons fait mention des travaux de Pineau dans le cadre théorique et ceux-ci trouvent une partie de leurs fondements⁹⁹ dans les travaux de l'auteur de *l'introduction à la pensée complexe* (voir Morin, 1990). Ensuite le poids des leviers

⁹⁹ Nous référons le lecteur au texte de Pineau Produire sa vie : Autoformation et autobiographie, paru aux éditions Saint-Martin en 1980 pp. 110-111.

autoformateurs sur les obstacles empêchant l'atteinte de l'identité visée d'Emma se trouve schématisé dans le graphique 11 ci-dessous. Enfin, la modélisation totale du processus d'autoformation d'Emma sera incluse dans le rapport final, c'est-à-dire dans le prochain chapitre.

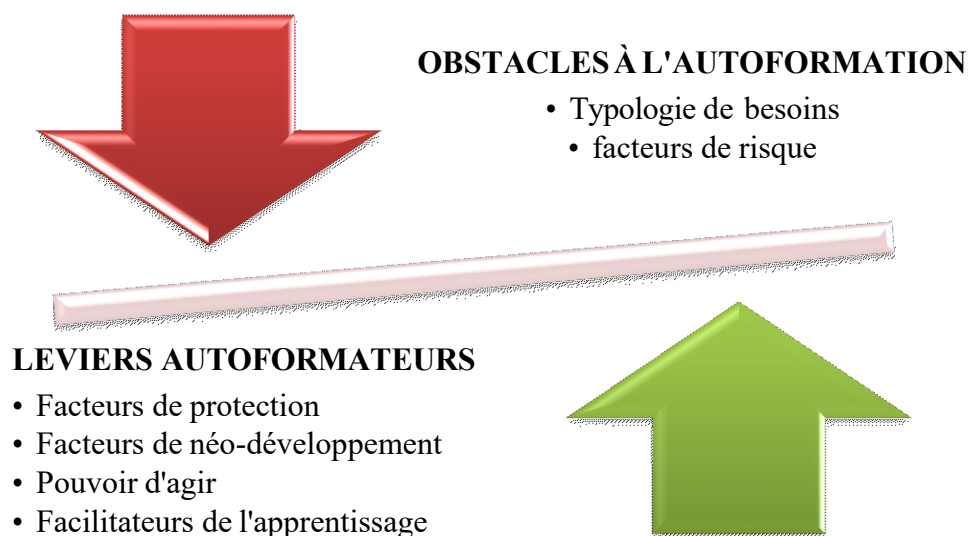


Schéma 11. Poids des leviers autoformateurs sur leurs obstacles dans le parcours de professionnalisation d'Emma

Si les schémas 10 et 11 ci-dessus peuvent être utilisés comme grille de lectures de la réussite du processus d'autonomisation d'Emma qui a réussi, quels sont les freins à la réussite de ces publics? Cette question n'est pas fortuite. Les stratégies mobilisées par Emma pour réussir lui sont propres. Pour pouvoir les généraliser, il faudrait les mettre en parallèle avec les stratégies mobilisées par d'autres futurs-es médecins.

Nous avons eu l'opportunité d'interviewer une interne en médecine en situation de réorientation dans un programme de formation en santé publique. L'analyse de ses productions biographiques permettra de visualiser l'impact des obstacles sur la réussite de l'internat en

médecine mais aussi de mettre en évidence les éléments de comparaison en termes de ressources utilisées ou non utilisées par les internes qui échouent et ceux ou celles qui réussissent. Ce qui nous permettra de générer une première modélisation.

3.2. L'analyse des productions biographiques de Marjolaine, deuxième interne en médecine : l'émergence progressive du modèle

Marjolaine est une interne en médecine en transition vers la santé publique. Son parcours est atypique puisqu'il est parsemé non seulement de déboires et d'incertitudes mais aussi de bifurcations que nous appellerons réorientations infructueuses. Peut-être qu'elle réussira en santé publique. Malgré les conseils et soutiens des responsables de formation, du conjoint et des amis, Marjolaine n'a pas pu réussir son parcours ni en spécialités médicales encore moins en médecine générale. Aujourd'hui elle s'est engagée malgré elle en santé publique

j'ai fait le grand bond en santé publique mais je ne suis pas encore sur que j'ai fait le bon choix. Je le fait à défaut de faire médecine. Parce que personne ne me dit il ne faut pas que tu arrêtes médecine. Bon voilà. J'aimerais faire master 2 pour avoir un vrai diplôme. Et on me dit qu'il faut attendre 4 ans pour avoir une thèse cela me paraît vraiment très long. Un stage d'internat c'est 6 mois. Le stage de 6 mois c'est très long, c'est énormissime (Marjolaine, interne en médecine).

Pour comprendre ce qui a été difficile dans le processus d'autoformation de Marjolaine, nous avons une fois de plus procédé à l'analyse des productions biographiques de celle-ci en trois temps : l'examen phénoménologique des données, l'analyse à l'aide des catégories conceptualisantes ainsi que la théorisation/modélisation de son processus d'autoformation.

En ce qui concerne l'examen phénoménologique des productions biographiques de Marjolaine, nous avons lu et relu ses productions. Ce qui nous a permis de découper le texte en énoncés phénoménologiques et conséquemment, de conserver uniquement les extraits qui touchaient aux situations (voir schéma 12) et à son processus d'autoformation. Toutefois la formulation des thèmes et sous-thèmes à partir des productions biographiques d'Emma a facilité le travail de production des unités de significations naturelles nécessaires à l'élaboration des énoncés phénoménologiques. Le tableau 10 en annexe I présente un extrait de thématisation du texte produit par Marjolaine.

Le tableau 11 en annexe J présente la démarche utilisée pour produire ses énoncés phénoménologiques.

De ces extraits découlent les récits phénoménologiques de Marjolaine versés dans le tableau 12 ci-dessous.

Tableau 12. Extraits des récits phénoménologiques de Marjolaine [A 1 ; A78]

Extrait du récit phénoménologique de Marjolaine
Marjolaine a toujours eu un intérêt pour la pédiatrie et ceci depuis l'enfance. Elle s'est engagée dans une filière scientifique Bac S pour pouvoir atteindre l'identité visée ou alors devenir mathématicienne. Déterminée à accomplir son ambition, elle a réussi au premier coup le concours de médecine. Le parcours commencé, elle a fait face aux stages en 2 ^e et 3 ^e année. Ce qui lui a permis de se rendre compte que la pédiatrie n'était pas restreinte qu'aux enfants. La pression ressentie s'est accentuée avec le redoublement de la 5 ^e année de médecine. La perte d'espoir de construction d'un concept de soi satisfaisant et ceci du fait du mauvais classement à

l'ECN, l'a obligé à s'intéresser aux filières non classantes. Excitée à passer son internat dans une filière médicale qui lui plaise, son projet de redoublement pour repasser l'ECN a été infructueux du fait qu'elle n'avait aucun appui familial encore moins amical. Elle s'est donc embarquée dans un internat en psychiatrie motivée par l'offre d'emploi grande et la possibilité d'installation en libéral. Catapultée en périphérie dans un stage de pédopsychiatrie, l'isolement de Marjolaine s'est caractérisé par un manque d'encadrement dans un service d'hospitalisations de cas sévères telles que schizophrénies précoces, autismes. À la pénurie des moyens s'est ajouté le fait qu'elle s'est retrouvée obligée de prescrire des neuroleptiques alors qu'elle ne connaissait pas les pathologies. Se sentant perdu, son projet de réorientation en médecine générale s'est plutôt concrétisé par une bifurcation en gériatrie. Mais du fait de la pression importante dans ce service, elle a arrêté de faire les gardes. La pression ayant eu raison d'elle, elle a fait un arrêt maladie qui lui a valu la perte de confiance des médecins. Pour ceux-ci, Marjolaine ne tiendra pas le coup physiquement. Ayant l'impression que les médecins n'allaient plus la superviser elle a non seulement perdu ses moyens mais aussi elle s'est senti ne pas être à sa place. La remise en question de Marjolaine tient au fait que le médecin superviseur lui a fait part du fait qu'elle n'était pas à sa place.

Auparavant, Marjolaine mentionne que les stages au CHU sont exigeants pour plusieurs raisons. Tout d'abord parce que c'est universitaire, ensuite trop de choses sont demandées à l'interne et enfin, c'est carré. Plus encore au CHU il y a beaucoup de supervision et il est possible de demander de l'aide. Partie pour faire trois mois de stage en hospitalisation au CHU, Marjolaine n'a pas tenu le coup parce qu'elle est épileptique et du fait de la fatigabilité du stage précédent,

elle s'est senti très fatiguée. Marjolaine confie que son malaise ne peut pas être caractérisé *ex nihilo*. L'autopression constatée par le sentiment de culpabilité à se mettre en arrêt maladie sachant que ce sont les autres internes qui vont payer est pour beaucoup. Ainsi ayant développé des pressions infernales dans un contexte où elle était épuisée et perdue, elle s'est dit pourquoi ne pas reprendre la pédopsychiatrie et la gériatrie dans un contexte de médecine générale. Si 35 heures de travail par semaine étaient correctes pour Marjolaine, l'état de fatigue objectivé par le fait qu'elle dormait partout et surtout l'annonce de son inutilité dans le service l'ont poussée à se mettre en arrêt maladie.

Pendant cette période, elle a rencontré le Professeur qui s'occupe des internes en difficulté. Celui-ci ayant constaté l'incapacité physique de soigner de Marjolaine, il lui a proposé de faire santé publique et d'oublier la psychiatrie. Ne connaissant pas la santé publique, elle a rencontré le chef de service de santé publique qui a pris la peine de lui expliquer le parcours d'un interne dans cette filière de formation. Marjolaine relève que contrairement à ce que pensent beaucoup d'internes, la santé publique est exigeante. Le master 2 de santé publique demande disponibilité et absence de salaire. Ce qui a effrayé Marjolaine et l'a entraîné dans un sentiment de perte totale. Elle a préféré ne pas s'engager tout de suite. Après 6 mois de disponibilité pour se décider, qu'elle a autofinancé, elle s'est inscrite au fameux master 1 en santé publique à distance. Elle a aimé ce cours dans lequel on parle beaucoup plus des bases des statistiques. Elle a été intéressée par l'épidémiologie même si elle n'était pas à l'aise avec les statistiques qu'elle a finalement réussi.

Même si le récit phénoménologique élaboré à la suite de l'analyse des productions biographiques de Marjolaine apporte des éclaircissements sur son expérience, nous n'avons pas voulu nous arrêter à ce niveau de l'exploration. C'est pourquoi nous avons procédé à l'analyse des productions biographiques de Marjolaine à l'aide des catégories conceptualisantes. Le tableau 12 en annexe K présente quelques catégories conceptualisantes produites.

Après l'élaboration des catégories conceptualisantes à partir des productions biographiques de Marjolaine, nous avons créés des rubriques¹⁰⁰ dans lesquelles ont été insérées les catégories tenant compte de la mise en relation de celles-ci entre elles. Cette classification des catégories dans les rubriques peut être répertoriée dans le tableau 13 en annexe L.

À l'observation de cette mise en relation, l'on constate que l'expérience de Marjolaine est parsemée d'une typologie d'obstacles (dispositionnels, situationnels, institutionnels, informationnels, relatifs à l'état de santé et organisationnels), de facilitateurs de l'apprentissage, d'insatisfactions/déceptions, de phobies développées, de motivations dérivatives et de ressources de protection interactionnelles. Toutefois en intégrant toutes les catégories pour parvenir à la modélisation/théorisation de l'expérience de Marjolaine, nous constatons que Marjolaine manquait de ressources (facteurs de protection et de néo-développement) devant lui permettre de s'autonomiser et donc de réussir son parcours. Ce qui lui a valu non seulement des échecs mais aussi des réorientations vers des identités rejetées. Plus encore, même si Marjolaine disposait de facilitateurs, ceux-ci ne pouvaient pas l'aider dans le processus d'élaboration de son projet encore moins à le réaliser. Que dire des facteurs de protection? Ils n'étaient pas assez efficaces pour faire

¹⁰⁰ La rubrique poursuit ici un objectif de classement des catégories dicit Paillé et Mucchielli (2013).

face à l'adversité. Autrement dit si « en éduquant, il s'agit aussi d'évaluer en chaque individu cet ensemble de forces psychiques qu'il peut mettre en œuvre pour augmenter ses possibilités d'action lorsqu'il est confronté à une difficulté extrême et qu'il se sent menacé dans son humanité » (Goussot, 2014, p.19), Marjolaine ne disposait pas de facteurs de protection individuels encore moins environnementaux. Le schéma 12 ci-dessous présente les interrelations entre les leviers autoformateurs et les freins à l'autoformation de Marjolaine.

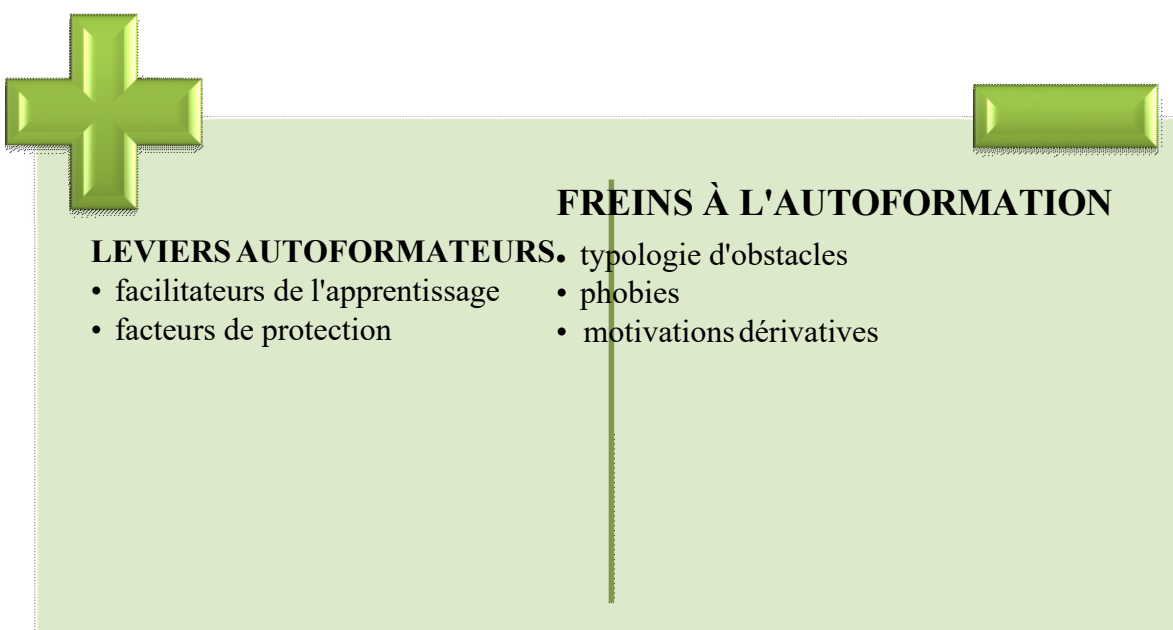


Schéma 12. Interrelations entre les leviers autoformateurs et les freins à l'autoformation dans le parcours de Marjolaine

Au regard de ce schéma 12, l'on constate que contrairement à Emma, Marjolaine n'a pas de pouvoir d'agir, elle n'a pas de facteurs de néo-développement. Les facteurs de protection ne sont qu'interactionnelles :

Eh c'est mon caractère. Dès qu'il y a un truc qui ne va pas un échec, j'arrête. C'est mon caractère, je n'arrive pas à surmonter les difficultés. Après j'ai toujours voulu travailler. Je suis en train de chercher une voie par laquelle je sortirai (Marjolaine, interne en médecine).

Cet aveu qui traduit l'incapacité de cette interne à faire face à l'adversité vient une fois de plus renforcer la modélisation/théorisation commencée dans le cas d'Emma. L'absence de facteurs de protection individuels et de néo-développement ne favoriserait pas une organisation de Marjolaine. Comment pouvait-elle développer un pouvoir d'agir alors qu'elle n'était pas en homéostasie?

Si la théorisation/modélisation du processus de Marjolaine peut s'apparenter à un cas unique dans le parcours de professionnalisation des futurs-es médecins, il n'en demeure pas moins que celle-ci vient renforcer la théorisation/modélisation développée au regard du processus d'autoformation d'Emma et notamment en ce qui concerne la capacité du sujet à résister face à l'adversité. La différence entre Emma et Marjolaine réside au niveau de la capacité à l'auto-organisation (homéostasie), au niveau du développement du pouvoir d'agir et enfin au niveau de la présence/recherche des facilitateurs à l'apprentissage. Ce qu'apporte la modélisation/théorisation de Marjolaine à celle d'Emma est la mise en évidence de l'adversité à laquelle est confrontée les futurs-es médecins. Le schéma 13 présente le poids des leviers autoformateurs et donc de réussite de parcours sur les freins à l'autoformation de Marjolaine.

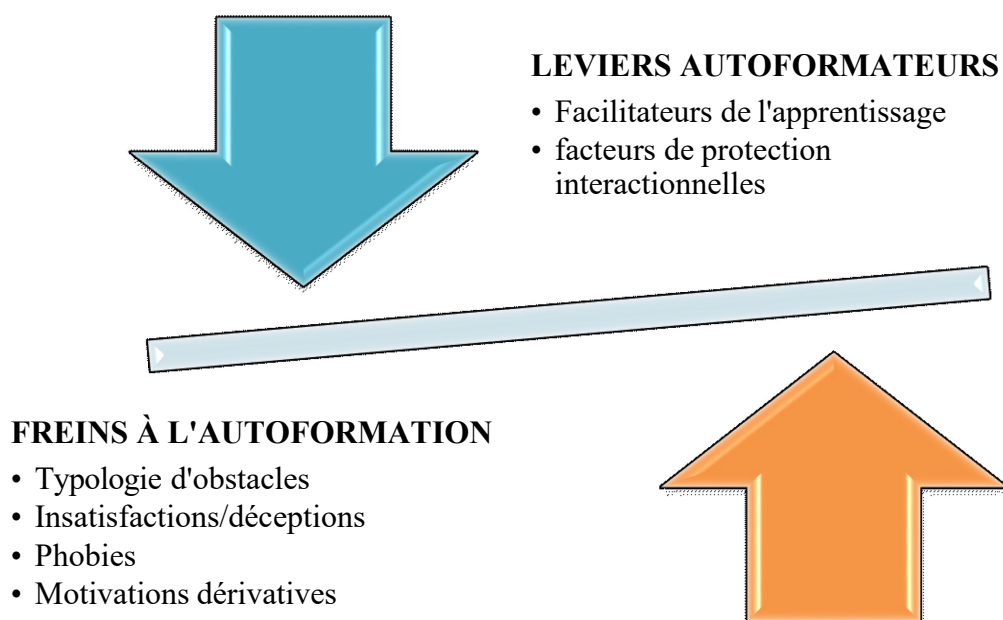


Schéma 13. Poids des leviers autoformateurs sur les freins à l'autoformation de Marjolaine

Dans le rapport final, les schémas 12 et 13 considérés comme étant la grille de lecture des éléments ayant contribué au processus d'autoformation de Marjolaine seront intégrés dans la partie obstacles au processus d'autoformation des futurs-es médecins français. Cela reviendrait donc à renforcer la thèse selon laquelle certains-es futurs-es médecins, malgré les difficultés, parviennent à réussir leur parcours de professionnalisation alors que d'autres échouent.

Toutefois, les éléments en termes d'obstacles apportés par Marjolaine ne se retrouvent pas dans les productions biographiques d'Emma. Cela ne veut pas dire qu'Emma ne les a pas vécus. Cela pourrait aussi dire qu'Emma les a vécus mais du fait de la richesse/puissance de ses leviers autoformateurs, elle était plus apte à faire face à l'adversité que Marjolaine.

Nous avons eu l'opportunité d'interviewer d'autres participants-es à l'étude. Ceux-ci/celles-ci ne sont pas des internes mais des personnes qui vivent leur quotidien auprès des

internes. La richesse de leurs productions biographiques réside dans la capacité à nous informer sur le vécu au quotidien de ces publics (internes), ce qui consolidera notre théorisation/modélisation.

3.3. L'analyse des productions biographiques de quatre autres participants-es : la consolidation du modèle

Avant de commencer ce nouveau chapitre, dénommons les quatre participants-es pour permettre au lecteur ou à la lectrice de savoir la position de chacun-e. Chiara est administrative de la faculté de médecine d'Angers. Elle est chargée d'orienter les internes en difficulté vers des ressources appropriées à leurs difficultés. Rosette est infirmière spécialisée en médecine du travail. Elle participe à la consultation (diagnostic) des internes en difficulté ainsi qu'à la mise en place des thérapies capables d'aider ces publics lorsqu'ils font face à des difficultés psychiques, psychologiques ou alors somatiques. Eva est médecin formée en France. Sa fille est une interne de l'Université d'Angers en cours de finalisation de son parcours. Kylian est un externe (4^e année) en médecine. Il encadre les étudiants-es de 2^e et 3^e années dans le processus d'appropriation des connaissances. Ce travail tutoré est sous la coordination des internes en médecine. C'est donc un externe qui collabore avec les internes.

En analysant les productions biographiques de ces quatre participants-es accessoires¹⁰¹, nous poursuivons l'objectif de valider ce que nous avons déjà comme théorisation/modélisation. Les productions biographiques de Marjolaine ont ceci de particulier qu'elles nous informent des

¹⁰¹ Les participants accessoires sont des participants-es qui ne sont ni résidents-es encore moins internes en médecine

situations périlleuses vécues par les internes qu'elle n'a pas pu surmonter du fait de la faiblesse de ses leviers autoformateurs. Ce qu'a pu faire Emma.

Nous attarder sur la présence ou non de situations périlleuses dans le parcours de professionnalisation des internes n'est pas anodin. Le parcours de professionnalisation des futurs-médecins est atypique. La formation expérientielle de l'impétrant-e s'exprime sous la forme de la réflexivité interne du sujet apprenant confronté à ses expériences de formation. Emma et Marjolaine ont poursuivi le même cursus d'apprentissage soit devenir médecin. La réussite d'Emma peut être le fait d'absence de situations périlleuses dans son parcours de professionnalisation et conséquemment une déconsidération des productions biographiques de Marjolaine, jugée par la hauteur des médecins. Apporter du crédit à ce discrédit reviendrait à démontrer d'une part que le processus d'autoformation de Marjolaine n'était pas soutenu par des leviers autoformateurs efficaces et d'autre part que ceux-ci n'étaient pas à même de faire face aux situations périlleuses rencontrées par Marjolaine.

Auparavant, soulignons que nous ne voulons pas élaborer la¹⁰² théorie explicative du processus d'autoformation des internes. Ce qui reviendrait d'une part à interviewer un échantillon représentatif d'internes en médecine français-es répartis-es dans des filières de spécialisation différentes. Et d'autre part à analyser ces productions biographiques afin de mettre en évidence à partir d'elles un ensemble cohérent d'explications, de notions ou d'idées sur leur processus

¹⁰² Article défini

d'autonomisation. Dans ce travail, nous voulons atteindre une¹⁰³ théorisation c'est-à-dire quelque chose en devenir.

Si la différence entre le processus d'autonomisation d'Emma et celui de Marjolaine réside dans l'incapacité de Marjolaine à faire face à l'adversité, cela va sans dire que mettre en évidence la présence des situations périlleuses dans le parcours de professionnalisation des internes consoliderait le modèle jusqu'ici construit.

L'apprentissage par compétences s'accompagne d'une bascule pédagogique et d'un changement de paradigme, s'effectuant, pour les étudiants, au moment du passage du deuxième au troisième cycle des études médicales à Lyon. Les étudiants en médecine, jusqu'alors habitués à un mode d'apprentissage conforme, se voient confrontés à de nouvelles méthodes et objectifs pédagogiques, en accord avec le paradigme d'apprentissage, et avec un enseignement "centré sur l'apprenant" ou plutôt "centré sur l'apprentissage". Ainsi, le rôle de l'étudiant dans sa formation change, et passe de passif- avec une transmission verticale des connaissances (du professeur vers l'interne)-à actif. La responsabilité de l'apprentissage n'est plus uniquement le fait de l'enseignant, mais est partagée à part plus égale avec l'interne, qui devient acteur de son apprentissage (Michelon et Sitter, 2016, p.21).

Au regard de cette assertion de Michelin et Sitter (2016), la réussite/échec de l'interne dépend aussi bien des pratiques scolaires qu'individuels d'apprentissage. C'est donc un partenariat

¹⁰³ Article indéfini

enseignant/apprenant dans lequel le-la futur-e médecin a une grande responsabilité soit de présenter à l'enseignant-e ses difficultés afin que celui/celle-ci lui vienne en aide. Il est certain que « l'autonomisation permet à l'interne d'identifier ses besoins de formation, de planifier ses activités d'apprentissage à partir des tâches professionnelles authentiques auxquelles il est exposé et à s'auto-évaluer, dans une démarche de pratique réflexive » (*Ibid.*, p.24). Marjolaine ne pouvait donc pas s'autonomiser puisqu'elle n'avait pas de pouvoir d'agir :

Je fouillais les filières après je me suis rendu compte que le problème c'était plutôt moi et non les filières. Je pense qu'au départ il y avait un problème d'encadrement. Moi j'ai la triche. Je pense que le problème c'était plutôt moi. J'ai eu beaucoup de temps à le reconnaître (Marjolaine, interne en médecine).

Elle nous révèle aussi que les futurs-es médecins abandonnent parce que

c'est trop dur. Ou parce qu'ils ont une désillusion par rapport à ce qu'ils ont vu quand ils étaient externes. Comme externe on voit que tout est beau. Et quand on est interne, on constate les difficultés qui sont derrière. Quand on est externe on a 3 heures de stages par jour. On n'a pas 10 heures de stages. On ne voit pas les mauvais côtés en fait (Marjolaine, interne en médecine).

Si nous nous en tenons à ces propos de Marjolaine, la mise à disposition des difficultés auxquelles font face les futurs-es médecins serait d'une importance particulière puisqu'elle permettrait d'une part de valider les propos de Marjolaine et d'autre part, de consolider le

processus d'autoformation d'Emma qui lui a permis de réussir son parcours malgré les freins à l'autoformation.

Après avoir suivi le même processus d'analyse utilisé dans l'analyse des productions biographiques de Marjolaine et Emma, nous avons mis en relation les catégories que le lecteur ou la lectrice repérera dans le tableau 14 en annexe M. Ce que nous avons découvert après la mise en relation et surtout l'intégration des catégories, c'est les situations prédisposant aux déterminants de la souffrance chez les internes en médecine. Même si les aménagements ont été faits pour améliorer la condition d'apprentissage des futurs-es médecins, ceux-ci ou celles-ci évoluent dans un système empreint à rendre difficile la professionnalisation de ces publics.

Ces déterminants de la souffrance des internes obligeant ceux-ci ou celles-ci à se prendre eux-mêmes ou elles-mêmes en charge laisse présager que le processus d'autonomisation et donc la théorisation/modélisation que nous avons élaborée jusqu'ici tient bien la route. Si nous définissons la généralisabilité comme étant la capacité de notre théorisation/modélisation à être généralisable à un autre contexte de formation de futurs-es médecins, peut-on la généraliser au contexte québécois?

4. L'ANALYSE DES PRODUCTIONS BIOGRAPHIQUES DU CÔTÉ QUÉBÉCOIS

4.1. Mise en exergue du concept et du critère de comparaison

Disons d'entrée de jeu que dans notre travail, il ne sera pas question de comparer mais de faire une présentation transversale des points de ressemblance et de dissemblance entre le processus d'apprentissage par soi des résidents-es en médecine québécois-es et des internes en

médecine français-es¹⁰⁴. Ce qui facilitera la consolidation ou non du modèle d'autoformation existentielle de ces publics. C'est en ce sens que nous disons que « Comparer, c'est à la fois assimiler et différencier par rapport à un critère » (Sartori, 1994, p.22, dans Vigour, 2005, p.138). Le critère de comparaison est très important en ce sens que c'est à partir de lui que se construit le cadre de comparaison. Dans la problématique, nous nous sommes attelé à présenter le contexte de l'étude à partir duquel nous avons constaté que les futurs-es médecins vivent leur quotidien. Nous avons posé la question des stratégies développées pour se sortir du péril. En épousant la théorie du régime nocturne telle développée par Pineau (1983), nous avons transformé le problème en une question de recherche tournant autour de l'autoformation. Auparavant soulignons que tout au long de la problématisation, il a été question de vérifier l'assimilation ou la différence entre les situations vécues par les internes en médecine français-es et leurs homologues canadiens-nes (québécois-es).

Si le cadre théorique a mis en valeur cette modalité autonomisante comme condition *sine qua non* à l'amélioration de la professionnalité des futurs-es médecins, il est certain que la théorisation ancrée comme méthode de recherche et d'analyse est congruente avec cette construction de la comparaison. « Dès qu'un nouvel événement est observé, il est systématiquement comparé à d'autres événements : l'idée est de repérer ses similarités et ses différences. S'il diffère, on parle alors de "cas négatifs" : c'est un cas observé qui ne rentre pas dans le cadre théorique élaboré. Les concepts doivent alors être redéfinis, la théorie doit être

¹⁰⁴ La différence entre la comparaison et la recherche des points de ressemblance et de dissemblance se situe au niveau de la procédure de catégorisation. On ne compare pas ce que disent les sujets 1 et 2. On vérifie la présence ou l'absence des catégories élaborées dans le récit 1 dans le récit 2.

réajustée pour intégrer ce nouveau cas » informe Vigour (2005, p.193). C'est effectivement ce qui s'est passé dans le processus d'intégration des données du côté français. Emma a réussi son parcours et nous a permis de comprendre comment elle a procédé pour s'autonomiser. Marjolaine n'a pas réussi. Son cas, un cas négatif, a facilité la visualisation des similitudes et des différences avec le processus d'Emma. En intégrant les observations faites dans le cas de Marjolaine dans le modèle construit autour des observations relevées dans l'expérience d'Emma, nous avons fait émerger le modèle. Ce qui nous a obligé à nous intéresser beaucoup plus aux obstacles à l'autoformation des internes en médecine français-es puisque nous avons déjà les leviers autoformateurs. Nous ne reviendrons plus sur cet élément puisque nous l'avons déjà évoqué plus haut. Intéressons-nous plutôt au critère de comparaison entre les internes en médecine français-es et les résidents-es en médecine québécois-es.

Disons que le concept « étudiant de troisième cycle des études médicales » regroupe pour la comparaison les internes en médecine français-es et les résidents-es en médecine québécois-es. Le critère de comparaison est pour nous le processus d'autoformation des internes et des résidents-es en médecine. Le schéma 14 donne à voir dans le cadre de comparaison, la place du critère de comparaison.

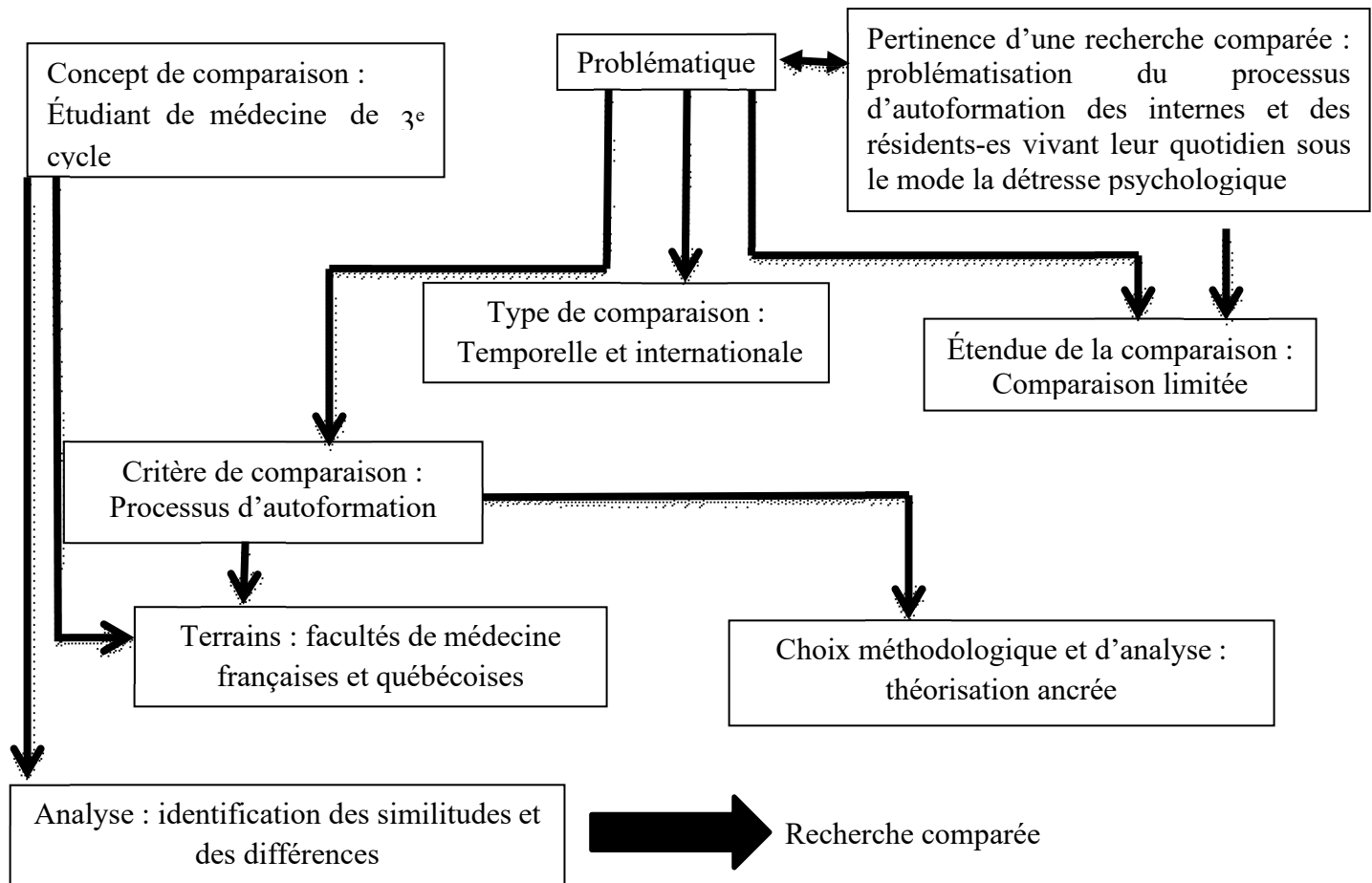


Schéma 14. Le cadre de comparaison de notre étude

4.2. Comparaison du processus d'autoformation français avec celui québécois

4.2.1. Analyse des productions biographiques de William, résident en médecine

En poursuivant la collecte et l'analyse des données sur le territoire québécois, nous poursuivons l'objectif d'une part, de valider ce que nous avons déjà comme théorisation/modélisation et ceci par la mise à disposition des similitudes, et d'autre part, de chercher des contre-exemples, des cas négatifs qui nous permettront de présenter les différences.

Après mise en relation et intégration des catégories conceptualisantes issues des productions biographiques de William, nous avons dressé le portrait du processus d'autoformation de celui-ci ainsi que les situations d'autoformation vécues. Ainsi le lecteur ou la lectrice pourra repérer celui-ci dans le tableau 15 à l'annexe N.

À l'issue de l'analyse, l'on constate qu'il existe des similitudes non seulement entre la théorisation/modélisation du processus d'autoformation de William et celle déjà construite du côté français mais aussi au niveau des situations d'autoformation vécues. William fait face à l'adversité, ce qui le déstabilise. Cela se traduit par un abandon de stage et conséquemment de la formation : *« moi je me suis en sorti, j'ai abandonné le stage »*. Mais convaincu d'avoir fait le bon choix professionnel, il va revenir en formation comme constaté dans l'extrait ci-après :

j'ai aimé d'autres choses. J'ai aimé la chirurgie mais j'avais l'impression que si je faisais chirurgie je n'aurais pas l'impression de faire ce pourquoi j'étais resté en j'étais revenu en médecine ce pourquoi j'étais resté pour améliorer la qualité de vie des gens. C'est plus, j'ai une capacité de voir ça à long terme stipule William, résident en médecine (catégorie : maturité vocationnelle).

Auparavant signalons que William a fait une pause académique pendant laquelle il s'est découvert un intérêt à améliorer la vie des gens :

À ce moment-là je m'imaginais pas vraiment dans le rôle avec les responsabilités au sein d'une équipe. Dans mon parcours en fait, les deux premières années de médecine, ou c'était devenu beaucoup plus concret, avant de commencer les stages,

j'ai pris une pause. J'ai fait une session en philosophie. Parce que justement ça commençait à ressembler à un travail beaucoup plus technique, de répétition de vider toutes les cases, d'aller chercher toute l'information, c'est quelque chose que j'ai continué à vivre à la résidence. J'ai décidé quand même de retourner en médecine parce que la philosophie c'était mon autre intérêt. Puis dans le fond je suis revenu en médecine avec pour intérêt pour la santé publique. Pour pouvoir faire des choses qui ont le plus impact possible sur la santé des populations. Ça m'a fait une réflexion ou je suis rentré vraiment dans la partie clinique de mon parcours ayant cet intérêt d'améliorer la santé, la qualité de vie, la condition des gens.» stipule William, résident en médecine.

L'homéostasie ainsi atteinte via l'association des facteurs de protection aux facteurs de néo-développement, William va non seulement développer son pouvoir d'agir mais aussi des facilitateurs pour pouvoir se construire. Le schéma 15 met à disposition les leviers autoformateurs de William. Ceux-ci seront développés dans le rapport final.

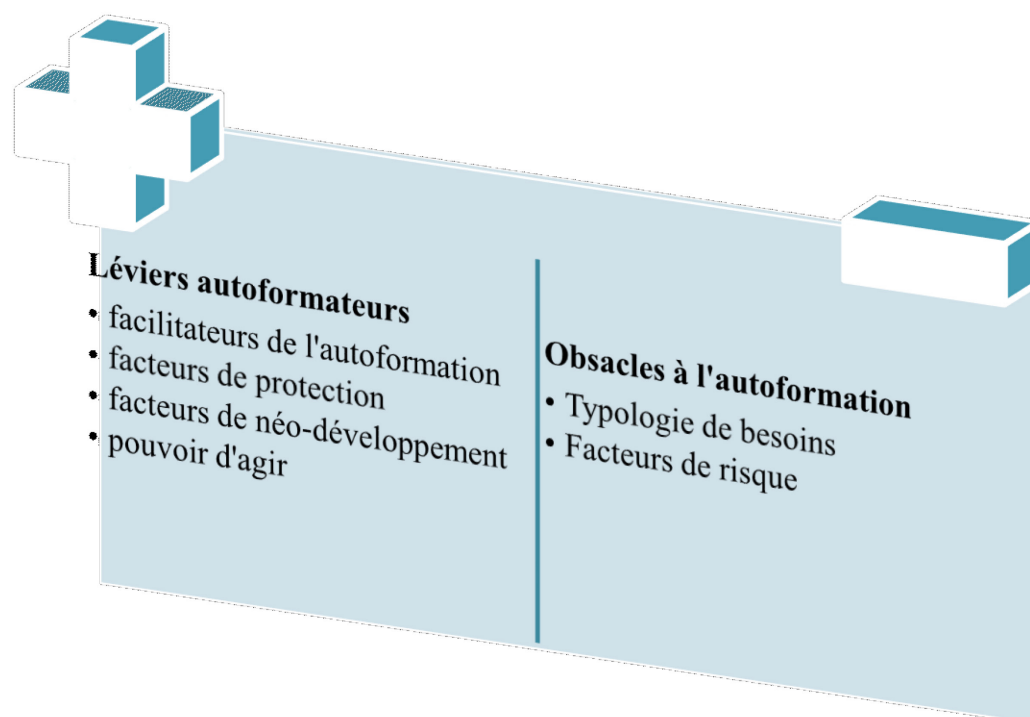


Schéma 15. Interrelations entre les leviers autoformateurs et les freins à l'autoformation dans le parcours de William

William a réussi sa résidence et exerce aujourd'hui comme psychiatre. Il a même commencé une autre résidence en médecine de type recherche. Au regard de ce qui précède, l'on peut donc dire que les leviers autoformateurs de William l'ont aidé à finaliser sa résidence en psychiatrie mais aussi à consolider la confiance en soi nécessaire à la fortification du pouvoir d'agir. Le schéma 16 présente le poids des leviers autoformateurs sur les obstacles empêchant William de s'autoformer. La théorisation/modélisation du processus sera aussi incluse dans le rapport final du côté québécois.

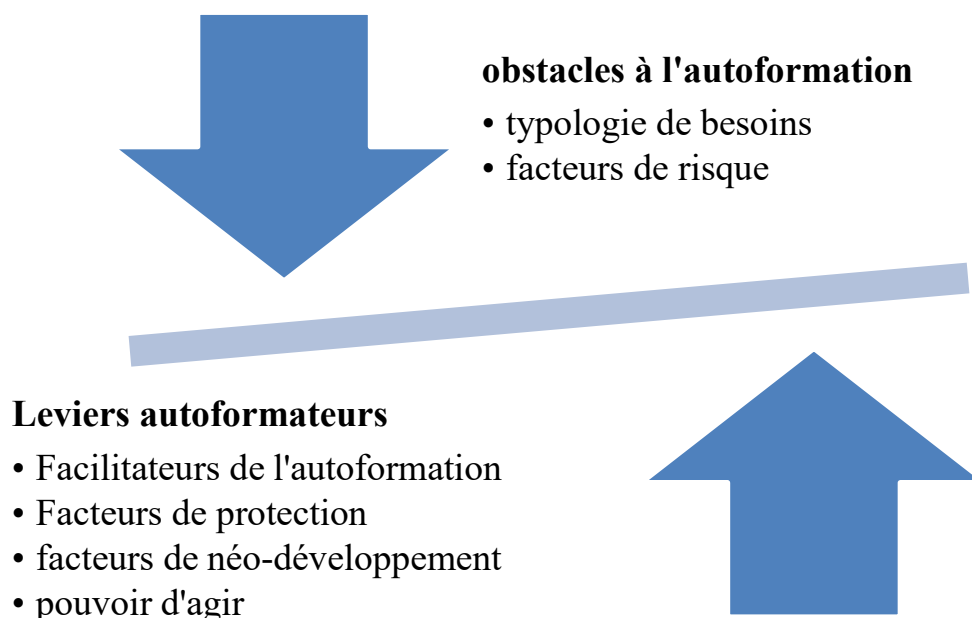


Schéma 16. Poids des leviers autoformateurs sur leurs obstacles dans le parcours de professionnalisation de William

Toutefois, même s'il existe des similitudes entre la théorisation/modélisation de l'autoformation des internes français et celui de William, nous avons quand même décelé des différences mineures notamment au niveau des facilitateurs et des besoins pour optimiser le processus d'autoformation. En ce qui concerne les facilitateurs, nous avons noté que le-la résident-e en médecine québécois-e est préparé-e à la transition externat-résidanat. Ce qui lui permet d'aborder cette phase du parcours de professionnalisation avec beaucoup d'aisance. Toutefois, malgré cette préparation, nous avons noté que le-la résident-e en médecine éprouvait quand même quelques difficultés comme nous pouvons le noter ici : « *Faire des gardes en médecine interne puis en première année de résidence, je n'avais pas beaucoup de choses, il y avait beaucoup de choses qui me manquaient comme information à ce moment-là. Mais ici c'était plus difficile* »

révèle William, résident en médecine (Catégorie : manque d'informations). D'ailleurs cette lacune a fait l'objet d'une critique de la part des superviseurs-es : « *On avait des évaluations ce qui fait que j'avais cette information-là, je pense qu'il me voyait comme quelqu'un qui avait besoin de pas mal d'explications pour être capable de mieux comprendre les affaires d'abord au niveau des connaissances ah oui* » dit William, résident en médecine (Catégorie : besoin de beaucoup d'explication pour comprendre les choses). Conséquence logique : le résident avait des difficultés d'adaptation notamment en ce qui concernait l'acte de prescrire comme dénoté chez les internes en médecine français :

Ben quand j'étais en deuxième année de résidence, j'ai commencé un stage c'était dans un milieu dans un hôpital à l'extérieur de la psychiatrie générale. J'ai fait de tout ce qui était intéressant. J'ai fait de l'urgence, je faisais quelques patients hospitalisés aussi. Pis hein c'était de toucher à tout là. En général c'est comme dans un centre à Sherbrooke nous sommes sur une unité pendant un stage. Dans ce centre là ça ne fonctionne pas comme cela c'est un centre général je faisais de tout sauf que ils se sont rendus compte après trois mois que cela ne marchait pas parce que mon niveau de compétences là ils m'ont il fallait changer ça, en fait je les demandais trop de temps de supervision, je n'étais pas à l'aise de faire des prescriptions qu'il jugeait de base, renseigne William, résident en médecine (Catégorie : difficulté à faire des prescriptions de base).

Cela laisserait sous-entendre que même si le-la résident-e est préparé à l'acte de prescrire, le développement de compétences en lien avec cet acte dépendait en grande partie des leviers autoformateurs que des leviers institutionnels :

D'après moi probablement il y a probablement une variation à ce niveau-là mais d'après moi la formation nous prépare à ça et c'est beaucoup plus dépendant de ce qui se passe au niveau de la dynamique de cette structure. Comme on dit on donne le cahier on dit prescrit, il y a bien des moyens de créer des situations qui se portent à être par rapport à la prescription. Moi mon seuil était plus élevé par rapport à la prescription, il y en a d'autres que c'est moins élevé. Mais en général je ne pense pas que la prescription c'est quelque chose qui soit si difficile que ça à acquérir parce que ça ressemble beaucoup plus à ce qu'on fait comme externe. On les écrivait les prescriptions c'est juste que c'était signée par quelqu'un d'autre. Le processus de le faire était toujours de faire comme ça on était supposé travailler.

énonce William, résident en médecine (Catégorie : préparation à l'acte de prescrire depuis l'externat).

La deuxième démarcation pourrait se situer au niveau de la compétence informationnelle comme constaté dans cet extrait :

C'est vraiment un plus et je pense ça m'a aidé à être digne de faire ça c'est-à-dire la formation par apprentissage par problème parce que on nous disait qu'on faisait ça. J'allais moi-même je bâtissais mon raisonnement avec ce que je lisais. J'étais capable de l'amener. Est-ce que il y a certains cliniciens beaucoup plus dans

l'approche dans la façon de voir le travail, dans l'interaction avec les collègues sur les étages. C'est beaucoup plus ça que j'ai appris des modèles de rôles mais le type d'apprendre le côté tant expertise psychiatrique c'est beaucoup plus dans mes lectures que j'ai appris ça. déclare William, résident en médecine.

On pourrait donc attribuer l'innovation créatrice en psychiatrie vécue par William au développement de la capacité à savoir définir ses besoins d'information, à savoir chercher et trouver l'information nécessaire et à savoir l'utiliser adéquatement dans les situations de travail. C'est ce qui ressort de l'extrait ci-après :

Ce qui a aidé le résident en médecine à faire une innovation créatrice en psychiatrique. C'était une personne qui avait été criminalisé, qui avait été violenté tout ça. J'ai vu des éléments qui me rappelait le stress post traumatique, en fait j'ai fait une revue de la littérature j'ai fait une thérapie à l'hôpital pour ce patient-là. Je n'avais pas de thérapie je l'ai adapté pour le patient. Ce qui est particulier en psychiatrie. Si c'était une intervention psychologique c'était quand même une intervention complexe. Il y a plein de composantes possibles il faut essayer de trouver ce qu'on met ensemble pour être le plus efficace. J'ai fait ça pendant que le patient était hospitalisé. C'est une expérience qui m'aide quand c'est les situations qui sont différentes je peux utiliser ce que j'ai eu pour le matcher avec ce que j'ai lu. signale William, résident en médecine.

La troisième dissimilitude se situe au niveau du savoir profane expérientiel que l'on attribue au-patient-e. La question est vite posée : avons-nous à faire à un patient expert ou à un patient

ressource? (Grimaldi, 2014). Si en France le patient est un-e expert-e c'est-à-dire celui ou celle qui en sait long sur sa maladie et qui est apte à apporter des informations à l'expert-e scientifique qui est le médecin comme nous pouvons le retrouver dans cette assertion d'Emma « *en médecine générale, quand on est en période d'épidémie mon médecin généraliste me donne toujours des antibiotiques* » révèle Emma, interne en médecine (catégorie : patient expert), au Québec, le patient est plutôt une ressource :

Il y a beaucoup qui disent ça. Il y a ceux qui disent comment les patients les ont donné mais c'est vrai dans un sens abstrait. Mais c'est pas les patients individuellement c'est la transmission de la part des patients c'est juste ça fait un reflet de ce que tu as comme habiletés de ce que tu as comme techniques. Et le fait de faire ce reflet c'est intéressant cela permet de s'ajuster. Il faut avoir un impact positif sur le patient. Pour moi c'est important c'est de faire un peu de suggestion c'est encourager le patient à faire un peu ça. Cela va bien aller. (William, résident en médecine).

En ce qui concerne les besoins du-de la futur-e médecin, nous avons quatre divergences tenant compte du contexte spatio-temporel. Tout d'abord la difficulté à faire de la recherche bibliographique (associée aux cas cliniques) découverte chez les internes français-es. Ce besoin d'actualisation des connaissances est jugulé par la compétence informationnelle chez leurs homologues québécois-es. Ensuite, l'adaptation de l'interne en médecine à de nouvelles fonctions, sa socialisation à la réalité quotidienne du milieu de travail ainsi que le besoin de tutorat ou de mentorat en médecine. Il y a sujet à discussion ici puisque nous avons noté que même si les

résidents-es en médecine québécois-es sont préparés-es à la réalité professionnelle, ils-elles éprouvent quand même des difficultés même si celles-ci ne sont pas aussi prononcées que chez les internes en médecine français-es. Plus encore, nous avons noté qu'au Québec, les résidents-es subissent non seulement la pression des superviseurs-es mais aussi des managers. Ce qui a fait émerger le besoin de gérer le stress dérivé des pratiques managériales, besoin que nous n'avons pas retrouvé chez leurs *alter ego* français. Enfin la difficulté de gérer le stress lié à l'obligation de qualité et de performance dans un contexte de forte judiciarisation. Nous avons noté indirectement le corolaire de ce besoin soit la peur du médico-légal chez les internes.

Pour terminer, disons qu'au cours de l'analyse, nous avons repéré une catégorie à savoir le déséquilibre entre l'autonomie et les compétences qui réfère à l'incapacité du-de la résident-e de s'en sortir face à certaines situations du fait de l'obligation de se soumettre au-à la superviseur-e.

Nous avons décidé de continuer la collecte des données et l'analyse pour trois raisons : rechercher d'autres similitudes au modèle déjà construit, remettre en cause les différences décelées lors de l'analyse des données de William, confirmer ou infirmer l'existence de cette catégorie suscitée. Pour le faire, nous avons pris rendez-vous avec Élvine de l'Université de Montréal qui a bien voulu collaborer à notre étude à titre de participante à l'étude.

4.2.2. L'analyse des productions biographiques d'Élvine, la recherche des occurrences et/ou des divergences au modèle québécois

En poursuivant l'analyse, nous recherchons aussi des cas négatifs, des occurrences et/ou des divergences au modèle québécois. Certes William a réussi son parcours, cela ne veut pas dire que le processus qu'il a suivi fait l'unanimité. Peut-être pourrions-nous trouver d'autres stratégies

utilisées qui viendraient cette fois-là consolider le modèle en construction québécois ou alors entrer en contradiction avec lui. Cette seconde partie de l'alternative serait alors une richesse puisqu'il participe à la remise en question du modèle français en présentant un autre processus d'autoformation.

Du tableau 16 répertorié à l'annexe O associé à l'intégration des catégories faisant partie de la modélisation du processus d'autoformation d'Élvine, il ressort que celle-ci n'est pas très différente de celle de William. De l'analyse des productions biographiques d'Élvine, nous découvrons l'émergence des facilitateurs et des besoins que nous n'avons pas repérés dans celles de William.

En ce qui concerne les facilitateurs, Élvine fait allusion au-la patient-e partenaire comme catalyseur de la progression des futurs-es médecins :

Il y a des patients partenaires aussi qui sont là au préclinique puis à l'externat qui ont été formés pour que les étudiants puissent pratiquer sur eux. On fait les commentaires sur comment ils se sont sentis. C'est clair que ces gens-là participent à notre apprentissage (Elvine, résidente en médecine).

À la différence du-de la patient-e ressource qui n'est rien d'autre qu'un collaborateur dans le renouvellement des savoirs, le-la patient-e partenaire est un terrain de pratique semblable à un simulateur des problèmes médicaux. Ce qui permet au-la résident-e en médecine de passer du tâtonnement à l'acte professionnel. Un autre facilitateur est l'apprentissage par l'expérience, une modalité d'apprentissage en situation de travail :

Je ne sais pas si je peux donner un exemple particulier mais mettons j'ai une rencontre avec un patient je trouve que ça s'est mal passé ou il ne fait pas ce que je lui dis ou j'ai de la misère à lui poser de questions ou j'ai de la misère à assister à son entrevue ou il y a un problème médical je n'ai aucune idée c'est quoi ben je ne vais pas faire comme ben tant pis mais je vais essayer de voir comment faire pour améliorer ça c'est quoi le problème dans cette rencontre-là c'est quoi les stratégies que je peux faire j'essaie de revoir j'essaie d'appliquer des stratégies différentes. Je trouve que c'est beaucoup plus de cette façon je trouve que c'est une stimulation à aller chercher plus loin eh nous apprend Elvine, résidente en médecine (catégorie : réflexion dans le feu de l'action).

Nous avons aussi découvert dans les productions biographiques d'Élvine un élément facilitateur de l'apprentissage, soit la distinction entre activité réalisée et réel de l'activité et ceci par le biais de l'autoconfrontation :

Il y a des activités d'enregistrement. La complication c'est qu'on demande la permission au patient on en a pas vraiment le choix on enregistre pis après on réécoute avec un superviseur pour commenter sur ma performance. Évidemment c'est valorisé dans les méthodes pédagogiques actuelles ils sont en train de plus en plus implantés ça. Ils sont vraiment à l'avant-garde. stipule Elvine, résidente en médecine.

Enfin l'acquisition optimale d'une nouvelle compétence par la simulation des problèmes médicaux a été aussi décelée après analyse des productions biographiques d'Élvine.

Quant aux besoins, les différences étaient aussi nombreuses. Tout d’abord la dévalorisation des savoirs d’expérience malgré la présence du-de la superviseur-e qui réfère dans le contexte québécois à un besoin de considération positive. Un autre besoin a émergé soit le besoin d’écoute suite au phénomène d’évaluation par la négative vécue par Élvine. Deux autres besoins ont jailli. Tout d’abord le besoin de reconnaissance de la médecine familiale comme spécialité à part entière. Ensuite le besoin d’authenticité du fait du voile des apparences dans le système de résidence. Il est bien entendu que toutes ces différences participeront de l’enrichissement du processus d’autoformation des résidents-es en médecine québécois. Le tableau 17 met à disposition les points saillants de différences entre les éléments facilitant ou complexifiant le processus d’autoformation des internes en médecine français-es et des résidents-es en médecine québécois-es.

Tableau 17. Points de dissimilitude entre les éléments facilitant ou complexifiant le processus d’autoformation des internes en médecine français-es et des résidents-es en médecine québécois-es

Points de dissimilitude	Résidents-es en médecine	Internes en médecine
Facilitateurs de l’apprentissage	Préparation à la résidence facilitée par les activités réalisées (investissement) pendant les stages d’externat en médecine	Jugulation de l’atterrissage en catastrophe sur la planète travail facilitée par la progressivité de l’apprentissage en internat.
	Apprentissage par problème débuté à l’externat participe à la	La difficulté des situations cliniques pousse l’interne à

construction de la compétence informationnelle des résidents-es en médecine.	recourir à des sources informationnelles informelles, non formelles ou formelles.
Patient ressource Patient partenaire	Patient expert de sa maladie
Apprentissages situés validés par le-la superviseur-e.	Apprentissages contextualisés facilités par les ressources formelles, informelles et institutionnalisées.
Analyse de l'activité facilitée par l'autoconfrontation simple ou croisée.	Analyse de l'activité facilitée par le <i>débriefing</i> .
Bonification de l'activité réalisée facilitée par la contre visite, la supervision directe et/ou indirecte.	Bonification de l'activité réalisée facilitée par la supervision directe et la contre visite.
Constitution des aides mémoires	Enregistrement des données au fur et à mesure
Acquisition optimale d'une nouvelle compétence par la simulation des problèmes médicaux	Acquisition optimale d'une nouvelle compétence favorisée par le patient standardisé ou simulé.

Besoins du futur-e médecin	Besoin de considération positive participant à la dévalorisation des savoirs d'expérience	Besoin de rationalisation de l'expérience professionnelle exprimé par la dévalorisation des savoirs d'expérience
	Besoin de tutorat ou de mentorat découvert dans l'expression d'inadaptation du-de la résident-e à la situation de travail.	Besoin de tutorat ou de mentorat manifesté par les internes pour faciliter leur adaptation à de nouvelles fonctions et à leur socialisation au milieu de travail
	Besoin de gestion de stress dérivé des pratiques managériales et de la forte judiciarisation.	Besoin de gestion de stress dérivé de la peur du médico-légal.
	Besoin d'agir manifesté par l'expression d'un déséquilibre entre l'autonomie et les compétences. Ce qui oblige le-la résident-e à une soumission hypocritement consentie.	Besoin d'apprendre manifesté par l'expression d'une quasi-absence des superviseurs-es implicitement déclarée.
	Besoin d'écoute active manifesté par l'expression d'une évaluation par la négative	Besoin d'être rassuré manifesté par un ressenti d'anxiété de performance

	Besoin de vulgarisation de la reconnaissance de la médecine familiale comme spécialité	Besoin de prise en considération de la dimension psychique de l'interne vivant au quotidien le rapport au sensible.
	Besoin de gestion des documents administratifs	Besoin d'allègement réglementaire.
	Besoin d'authenticité	Besoin d'espaces transitionnels

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ET INTERPRÉTATION

Dans le cadre méthodologique, nous avons défini l'univers de la recherche ainsi que la stratégie de recherche utilisée pour mener à bien l'analyse des données. Dans la partie dédiée aux opérations analytiques, nous avons traité un nombre important de données collectées (au travers des interviews) et dégagé les aspects les plus intéressants de la structure de l'analyse. Dans cette partie consacrée à la présentation et à l'interprétation des résultats, nous allons mettre à disposition ces aspects importants tout en prenant soin de suivre un schéma de présentation qui nous aidera à répondre à la question de recherche. Commençons par dire que nous avons mené plusieurs entrevues. Nous ne retiendrons que les entrevues effectuées auprès des résidents-es et des internes en médecine. Le récit phénoménologique, étape marquante de l'analyse des données, nous a permis de pénétrer l'univers des personnes interviewées. Même si les récits phénoménologiques des personnes connexes à l'enquête serviront d'appui à l'interprétation, disons que ces récits s'apparentent aussi à des portraits des internes et résidents-es en médecine interviewés-es. Le portrait phénoménologique étant défini comme une transcription en mots de l'expérience fascinante des participants-es de l'étude et ce qui fait non seulement émerger la saisie de sa¹⁰⁵ complexité mais aussi ce qui donne « à cette démarche [récit phénoménologique] un ancrage solide avant l'étape de catégorisation » (Balleux, 2007, p.396).

¹⁰⁵ Expérience.

1. PORTRAITS/RÉCITS PHÉNOMÉNOLOGIQUES DES RÉSIDENTS-ES OU DES INTERNES EN MÉDECINE PARTICIPANT À L'ÉTUDE

Nous avons effectué plusieurs entrevues. Nous ne retiendrons ici que les entrevues effectuées auprès des résidents-es et des internes en médecine. Les portraits/récits des jeunes médecins en formation, ayant participé à l'enquête, permettent de découvrir le vécu expérientiel que ces publics ont bien voulu partager avec nous. Commençons par Emma.

1.1. Le récit phénoménologique d'Emma¹⁰⁶

Bien que la mère, infirmière, ne veuille pas qu'Emma fasse médecine, elle s'y est engagée sans pour autant subir une quelconque prescription du père, médecin sénior. Dispersée entre la médecine humaine et la médecine vétérinaire, la préférence d'Emma pour la conservation et le rétablissement de la santé des êtres humains est associée à une allergie aux animaux.

Après le tronc commun des études médicales (premier et second cycle des études médicales), Emma sera admise à poursuivre le troisième cycle des études médicales dans la spécialité médecine générale. Ce choix sera congruent avec la personnalité d'Emma puisqu'elle aime faire plein de choses à la fois. On peut aussi attribuer le choix de la médecine générale au fait qu'Emma ait fait des stages auprès d'un médecin généraliste qui faisait très bien son travail. Si elle était passée chez un-e chirurgien-ne passionné-e avec qui elle s'entendait bien dit-elle, elle aurait plutôt fait la chirurgie en lieu et place de la médecine générale. Signalons quand même que le choix de la médecine générale dispensait Emma d'un certain investissement associé à la

¹⁰⁶ Voir transcription de l'entretien en annexe R

préparation des Épreuves Nationales Classantes (ECN). Emma a profité pour s'attarder sur ce qui devait la servir en tant qu'interne en médecine générale.

Emma a un attrait pour la médecine générale. Elle n'a jamais refusé de participer à un roulement de gardes. Cependant, elle va constater que certains-es internes en médecine croulent sous le poids des gardes. Selon elle, cette situation est attribuée à la difficulté de combler la liste de suppléance des internes en médecine aux prises avec des problématiques de santé.

Contrairement à la majorité des internes en médecine confrontées aux seules exigences constitutives des études médicales de 3^e cycle, Emma est obligée de concilier études et famille. Son conjoint participe activement à la vie familiale notamment l'entretien et l'éducation des enfants, la réalisation des activités liées à la vie quotidienne (faire la lessive, etc.). Lorsqu'elle arrive à la maison, elle est accueillie par ses deux enfants qui sautent dans ses bras. Même si le réconfort apporté par les enfants s'apparente à une soupape de sécurité, ceux-ci lui demandent beaucoup de temps. La présence du conjoint ne l'empêche pas de concevoir la famille comme un couteau à double tranchant. Pour elle, la famille aide, mais elle demande beaucoup d'organisation pour durer. Ce qui l'oblige à rythmer sa semaine au couteau. Elle dit qu'il faut qu'elle fasse ça maintenant et y intercale les tâches ménagères. Ses enfants ne supportant pas qu'elle rentre à 21 heures du soir, elle développe des stratégies pour finir le plus tôt pour s'occuper des enfants : travail sur le temps de pause; manger rapidement pour avoir assez de temps pour faire des courriers, oublier de manger. Ce qui est stressant pour la rédaction de la thèse de doctorat de médecine dit-elle. Le weekend représente le seul moment où la famille se regroupe autour d'un repas équilibré. C'est aussi le moment où s'opère l'articulation entre les activités ménagères et académiques. Son sommeil étant toujours troublé, de jour comme de nuit par les enfants, elle est

obligée d'attendre qu'ils dorment pour se concentrer sur les exigences constitutives reliées à la vie d'un-e étudiant-e en médecine inscrit-e au 3^e cycle des études médicales.

Submergée par les responsabilités familiales, elle éprouve des difficultés à assumer les charges académiques. Consciente du fait que les activités récréatives (aller courir, faire de la musique, aller au cinéma, sortir avec les amis-es) constituent une soupape de sécurité, elle ne trouve pas assez de temps pour s'y adonner.

Elle a une copine qui n'a ni conjoint encore moins des enfants. Elle observe que celle-ci va étendre ses journées et rentrer à 22h du soir. Cela ne les aide pas, dit-elle. Elle pense qu'il faut lâcher, qu'il faut prendre du recul. Elle connaît aussi des gens qui s'isolent dans la médecine. La conjointe est médecin, le conjoint est médecin, l'avenir est dans la médecine, il n'y a que la médecine. Les études médicales étant longues, c'est difficile pour eux ou elles de faire des liens avec ceux ou celles qui ne font pas médecine. Pour elle, il faudrait faire autre chose en dehors de la médecine. La demande d'Emma n'est pas anodine. Faire autre chose réfère aux activités récréatives visant à alléger l'impact des stressors occupationnels sur la structure du sujet.

L'internat est difficile, nous apprend Emma. Il y a la masse de travail et les journées sont longues. L'interne est dérangé par son chef, par l'infirmière qui est débordée et par l'aide-soignante qui vient demander si on doit prendre le poids ou pas. À côté de ces difficultés d'ordre professionnel, l'interne est accueilli par des sollicitations sensibles : les pathologies lourdes, les familles compliquées et le patient qui font des demandes compliquées telles que l'euthanasie. Une famille a demandé à Emma d'euthanasier leur patient. Elle a refusé parce que pour elle, on est meilleur médecin lorsqu'on est droit dans ses bottes.

L'interne fait aussi face aux difficultés administratives. L'interne passe plus de temps devant l'ordinateur que dans la chambre du malade. Même si la paperasse est importante pour le médecin qui arrive le vendredi, pour le médecin de garde qui ne connaît pas le-la patient-e, elle constitue néanmoins un justificatif pour le patient qui porte plainte. Emma nous explique la lourdeur administrative. Il faut que l'interne note tout sur le carnet ensuite, il entre tout ça dans l'ordinateur; puis il y a un autre tas de paperasses à remplir. Lorsque l'interne a 15 patients, cela fait 15 courriers potentiels et ça prend du temps. Elle est obligée de tout faire ainsi que les bio. Lorsqu'elle est interrompue, elle perd le temps à se remettre dans le dossier, elle perd aussi le fil de la réflexion.

Le manque de personnel n'est pas en reste. Cette problématique rend difficile la gestion du temps de la journée et amène Emma à courir tout le temps. Le manque de personnel amène aussi les infirmières et les aide-soignantes à courir tout le temps. Elles courent; elles sont débordées; elles sont stressées; elles ne prennent pas du recul; elles viennent tout le temps chercher Emma. Si elles avaient moins de patients, elles auraient eu plus de temps pour la visite. Quand il y a 10 patients, il y en a qui passent à la trappe. Il arrive qu'elles mettent une journée voire deux journées pour un patient par manque de temps pour s'y attarder.

Les infirmières ont énormément de soins à faire. Elles ont le même nombre de patients que les internes. Il faut qu'elles fassent les prises de sang, qu'elles posent les perfusions, qu'elles fassent les pansements, qu'elles fassent le tour des médicaments, qu'elles notent tout ça dans un ordinateur. Il faut aussi qu'elles fassent leur transmission entre elles. C'est trop de choses et on ne demande pas de réfléchir, juste de faire des choses parce qu'elles sont débordées.

Les exigences constitutives de l'internat amènent Emma à poser la question de l'aide à lui apporter par les infirmières. Elle se rend compte que celles-ci consultent. Quand le-la patient arrive, elles demandent le problème de consultation, elles demandent aussi ce que le-la patient-e a pris comme médicament. La différence est qu'elles ne prescrivent pas. Les infirmières ont une petite observation qu'elles font pour elles. Elles ne disent pas au médecin. Il n'y a pas de partage des informations. Elles vont le dire aux transmissions. Si elles faisaient les antécédents, les médicaments pris, pourquoi ils sont là, l'histoire de la maladie, cela avancerait le médecin. Mais après il faudrait qu'elles soient plus précises et qu'elles le fassent de façon consciencieuse. Parfois l'interne ou le-la médecin n'a que la moitié des informations alors que ceux-ci ou celles-ci ont besoin de plus de détails. Quand Emma prend les interrogatoires des infirmières, elle constate que ce n'est qu'un aperçu vite fait. Emma ne laissera donc pas une infirmière faire la visite médicale. Elle est certaine, au regard de tout ce qu'elle a constaté, que l'infirmière n'a pas la même formation qu'elle. D'ailleurs, lorsqu'elle discute avec les infirmières, elle observe qu'elles n'ont pas la même façon de voir les choses.

La gestion du temps à consacrer à la formation et à la recherche constitue une autre complexité de l'internat. L'interne devrait se détacher un après-midi par semaine pour se consacrer à la recherche directement en lien avec la situation clinique sur laquelle il travaille. Même si les cours sont dispensés à la faculté de médecine, Emma constate que ceux-ci ne sont pas adaptés aux situations cliniques auxquelles les internes font face.

Elle voudrait faire la recherche directement en lien avec le cas en présence. Le problème avec les demi-journées c'est qu'elles sont groupées. L'interne va avoir un mois et demi de stage et après il va avoir 15 jours où il ne travaille pas pour faire la recherche. Emma pense qu'on pourrait

leur donner deux jours par semaine, deux après-midis; même un après-midi dans la semaine cela pourrait suffire pour elle. Elle était à l'hôpital cet hiver et elle a trimé pas possible pendant un mois et demi et après elle a eu 15 jours où elle n'a rien eu à faire alors qu'elle était déjà fatiguée. Elle a eu tellement marre qu'elle n'a plus eu envie de travailler.

Emma a eu la chance de commencer son internat par un stage très dur. C'était un stage de cancérologie dans lequel elle devait gérer des fins de vie. Elle s'est identifiée aux patients-es. Une dame, cela aurait pu être sa mère, elle a eu une superbe fin de vie. C'était émouvant pour elle. Elle a aussi eu une fin de vie d'un enfant dont on a fêté son anniversaire il y a deux jours. Auparavant, les mots des patients-es la touchent parce qu'ils-elles lui rappellent quelqu'un de proche. Pour elle c'est difficile d'avoir la bonne distance. Il ne faut pas craquer avec le-la patient-e. Ça ne va pas l'aider. Elle est sortie d'une chambre qui l'a touchée.

1.2. Le récit phénoménologique de Marjolaine¹⁰⁷

Depuis toute petite, la pédiatrie constitue pour Marjolaine une identité visée. Engagée dans la réalisation d'un concept de soi satisfaisant, elle va s'inscrire dans une filière mathématique. La détermination amenée par le projet académique penche vers la borne positive puisque Marjolaine va réussir le concours de médecine au premier essai. Seulement, en 3^e année de médecine, son rêve de devenir pédiatre va se transformer en une utopie. Le stress vécu en internat de médecine sera aussi attribué à la présence des parents-es.

Le choix de la filière pédiatrie étant conditionné par le bon classement à l'ECN, elle sera obligée de s'engager plutôt en psychiatrie. Elle s'est dit si je ne peux pas faire une spécialité qui

¹⁰⁷ Voir la transcription de l'entretien en annexe S

me plaise comme la pédiatrie, je ferai psychiatrie non seulement parce qu'on peut s'installer en privé, mais aussi parce qu'on peut travailler à l'hôpital. Un malheur n'arrivant pas seul, les ambitions de Marjolaine vont se transformer en un cauchemar. Elle sera catapultée dans un stage de psychiatrie en périphérie où elle va développer le sentiment d'être seule.

Étant amenée à prescrire des neuroleptiques sans pour autant avoir reçu de formations à propos, elle va vivre le phénomène de l'isolement. Obligée de prendre en charge des enfants souffrant des affections psychiatriques sévères telles que des schizophrénies précoces, des autismes, elle va se sentir perdue et pas du tout encadrée. Ce qui va l'amener à poser la question de son orientation. Elle s'est donc dit pourquoi ne pas passer en médecine générale.

Passée plutôt en gériatrie, elle se sentira très bien encadrée, mais elle sera très vite rattrapée par ses soucis soit la pression très importante. Elle va arrêter les gardes aux urgences pour minimiser l'effet de la pression sur sa structure. Comme le travail de la-du futur-e médecin s'inscrit dans le cadre d'un planning échappant à son contrôle, Marjolaine ne pourra pas décider de travailler aux jours et heures confortables pour elle. Elle sera donc obligée d'arrêter le stage pour un temps et le reprendre après. Seulement son arrêt maladie va être interprété comme une incapacité de sa part à faire les études médicales postdoctorales. Les médecins lui ont dit qu'elle ne tiendra pas le coup physiquement, son superviseur lui a fait savoir qu'elle n'était pas faite pour cela. Ce qui va l'amener une fois de plus à se remettre en question.

De cette seconde autoréflexion, il est ressorti que la médecine constitue toujours pour elle l'identité visée. Elle va s'engager dans un stage de trois mois dans un service d'hospitalisation dans un département de réanimation qu'elle va terminer dans un état de fatigue extrême. Elle s'est dit si je ne travaille pas ce sont les autres internes en médecine qui vont payer le coup. Cette

situation inhérente aux pressions infernales va l'amener à se remettre en question pour une troisième fois. Elle va se demander pourquoi ne pas reprendre la pédopsychiatrie et la pédiatrie dans un contexte de médecine générale. Son intention est motivée par le fait que dans tous ses stages, elle était toujours entourée d'internes en médecine générale. Et lorsqu'elle avait affaire à des situations cliniques difficiles, elle faisait appel à eux comme des jokers. Mais ceux-ci ou celles-ci ne pouvaient pas l'aider dans des situations d'ordre psychiatrique.

Lorsque l'on interroge Marjolaine sur les raisons de son échec en pédopsychiatrie, elle évoquera qu'à son arrivée en stage, il y a eu un changement d'équipes. Il y avait un médecin qui faisait le 40% c'est-à-dire qui venait tous les deux jours et un autre médecin, diplômé au Sénégal, qui ne connaissait pas du tout le service. Celle-ci n'ayant pas encore terminé son processus d'équivalence de diplôme, Marjolaine va se voir encadrer par le médecin de 40% travaillant trois fois par semaine. La quasi-absence de la superviseuse va l'obliger à faire avec les infirmières. N'ayant que des connaissances de médecine globale, elle va avoir très peur en pédopsychiatrie. Malgré le fait qu'elle s'essayait dans les entretiens psychiatriques, les infirmières vont lui demander de prolonger les traitements des enfants.

La difficulté à la réflexion liée à l'absence de co-internes va l'amener à se poser des questions par rapport à ces traitements et à développer une nostalgie sur l'importance des co-internes pour le ressenti de l'interne en difficulté. Marjolaine s'entendait très bien avec le médecin de 40%. Mais celle-ci n'était jamais présente lorsque Marjolaine avait besoin d'elle. Une consigne était de l'appeler au téléphone en cas de besoin. Mais Marjolaine ne pouvait pas faire une prise en charge par téléphone. L'autre consigne était de faire des gardes en psychiatre adulte puisqu'en pédopsychiatrie, il n'y en avait pas. Et donc pendant la nuit, face à une difficulté, Marjolaine est

obligée d'appeler les urgences. Sa séniorité n'étant pas présente, pendant les 5 à 7 gardes par mois, Marjolaine va se voir aider par les infirmières. Et les cas se situant au-dessus des compétences infirmières seront transférés au SAMU. Marjolaine va se faire engueuler par les urgences pour des situations médicales jugées maîtrisables par les internes comme l'atteinte des tendons.

Même si Marjolaine recevait le soutien des infirmières, elle a développé un manque de confiance en elle. Elle avait du mal à s'assimiler aux psychiatres. Elle avait l'impression de ne pas

penser comme un psychiatre. Dans ses stages, elle a toujours eu à penser somatique ou psychiatrique. Elle trouve que dissocier les deux en psychiatrie n'est pas correct. Dans son entendement, quand un-e patient-e vient en psychiatrie, il faut d'abord éliminer une pathologie

somatique, deuxièmement une fois le traitement prescrit, il faut toujours penser aux effets secondaires des médicaments prescrits. Lorsque cela est mal toléré, il faudrait revoir le traitement.

Marjolaine accuse sa jeunesse. Elle accuse aussi le fait que le socle somatique qu'elle avait appréhendé était dépassé. Ce qui l'a dérangé le plus, c'était la polymédication en psychiatrie. Plus

encore à la misérabilité des moyens et des outils pour aider les enfants, va s'ajouter la méconnaissance de la conduite de l'entretien psychiatrique. En psychiatrie, même si le-la futur-e médecin a un cursus médical somatique, il est dépourvu de connaissances en psychologie, affirme Marjolaine. Cela veut dire que l'impétrant-e intègre par expérience les techniques pour amener le patient à dire ce qu'il veut dire sans lui couper la parole. Le manque d'encadrement dans la conduite de l'entretien psychiatrique va se traduire par le suivisme des pairs. Marjolaine dira on nous laisse assister aux premiers entretiens le premier jour en nous disant « viens tu me suis. Même si elle avait un petit carnet sur lequel elle prenait les notes au fur et à mesure, elle avait des

difficultés à amener les questions lorsqu'elle se retrouvait toute seule devant des situations en pédopsychiatrie.

Quant à l'abandon en stage de gériatrie, Marjolaine commence son internat de gériatrie dans un contexte où elle avait passé un an sans faire de la médecine somatique. Elle ne savait que prescrire des psychotropes. Elle manquait de connaissances. Le manque d'autonomie lié au manque de connaissances va lui faire savoir que la gériatrie s'apprend sur le tas et non dans les livres. Il n'y a pas de prise en charge particulière, c'est toujours la même façon. La familiarisation avec les médicaments est progressive. Malgré l'engagement de Marjolaine, ses soucis vont la rattraper : la pression. Son copain étant interne de médecine générale, elle va réaliser que la pression y est très forte. Elle déduit que si c'est dur en médecine générale, ce sera aussi difficile pour elle de faire un stage aux urgences. Par corollaire, elle va abandonner le stage de gériatrie en raison de la pression du travail. S'il lui était reproché de manquer de confiance en elle en pédopsychiatrie, le manque d'encadrement en gériatrie sera un autre problème. Les remarques négatives liées au manque de performance vont entraîner Marjolaine dans une démotivation ainsi qu'une effusion émotionnelle. Elle est allée à la toilette et elle a pleuré. Comme si cela ne suffisait pas, elle a eu trois mois de blocage psychologique à la suite de cette situation. Marjolaine trouve que le problème de l'internat réside dans les reproches formulées par les seniors-es. Ce qui est certain, il y a des internes qui vont faire un très bon travail, ils seront complimentés. Il y en aura d'autres la majorité, à qui on va adresser des reproches. Cela veut dire que l'interne est très rarement valorisé-e. Il-elle termine tard et est payé entre 1300 et 2000 euros pour travailler 50 heures par semaine. La reconnaissance du travail de l'interne ne vient que du-de la patient-e seulement. Ne pouvant supporter les remarques négatives et surmonter le blocage qu'ils ont

occasionné, Marjolaine va tomber en arrêt maladie. Et c'est dans cette situation d'épuisement qu'elle s'est réorientée en gériatrie, bloquée jusqu'à ce qu'elle soit dormante. Il faut signaler que Marjolaine était insomniaque depuis la 3^e année de médecine. Elle dormait partout.

1.3. Le récit phénoménologique d'Élvine¹⁰⁸

Au Cégep, Élvine était intéressée autant par les sciences de la nature avec la réflexion analytique que par les sciences humaines. Donc la décision de s'engager dans un parcours professionnel médical est tardive. La détermination d'inscription en faculté de médecine est sous-tendue par une motivation socioaffective. Elvine aime travailler avec les gens, elle aime aussi partager les expériences, elle aime enfin participer à la construction d'un concept satisfaisant des gens et ceci via la relation d'aide.

Au-delà de cette dynamique motivationnelle se trouvait la volonté d'Élvine de renforcer sa reconnaissance sociale. Elle savait que c'était important d'être valorisé. La médecine correspondant à ses aspirations, l'inscription en médecine renforçait son estime de soi.

Seulement une fois la formation commencée, Élvine va vivre des traumatismes qui vont l'entraîner dans une remise en question perpétuelle. Elle s'est toujours fréquemment posée la question si cela valait la peine de quitter la médecine d'autant plus qu'elle a une personnalité qui a de la difficulté à accepter l'échec. Autrement dit, penser quitter la médecine aurait été perçue par Élvine comme étant un échec. Un autre élément consolidant sa décision de rester dans le programme fut la difficulté à la réintégration dans le programme après l'abandon. Ainsi une fois accepté dans une faculté de médecine canadienne, le sujet ne peut être accepté dans une autre. Par analogie,

¹⁰⁸ Voir transcription de l'entretien en annexe U

l'abandon dans une faculté de médecine canadienne signe le non-retour en médecine dans les autres facultés de médecine dans le même pays. Cela a pesé lourd sur la décision d'abandon d'Élvine. À côté de la difficulté de surmonter l'échec en médecine et la difficulté à la réadmission après abandon, va se trouver la décision de rester dans le programme de médecine par manque d'impulsivité ou de cran à abandonner la médecine.

Élvine a préféré prendre des arrêts maladie que d'abandonner. Et pendant ceux-ci, elle a réfléchi tout le temps, elle a réfléchi qu'elle va rester encore un petit peu. Nonobstant le fait qu'elle n'était vraiment pas bien. Et cela interférait avec sa performance académique. L'impact négatif de son état de santé sur sa réussite académique aggravait non seulement son déséquilibre psychique, mais aussi l'installait dans un doute de quitter le programme lié à l'épuisement professionnel. Elle a donc consulté un médecin de famille qui lui a prescrit un arrêt maladie. Déterminée à réussir son parcours de professionnalisation, elle va décider de se relancer, malgré l'adversité. Abandonner le programme signifiait qu'elle n'était pas capable. Sa décision de revenir dans le programme après arrêt maladie était sous-tendue par la volonté de réussir et aussi par la congruence de l'identité visée avec son potentiel physique et cognitif.

Auparavant, signalons que des facteurs personnels et systémiques ont participé au mal être d'Élvine. Tout d'abord l'éloignement social. Elle a décidé de partir du milieu dans lequel elle a passé son enfance et donc loin de la famille et de son réseau social. Elle s'est donc sentie seule dans un milieu médical où l'on présente le-la résident-e comme étant très performant-e et en bonne santé alors qu'il-elle va très mal et isolé-e. Plus encore, le système est fait de telle sorte que le-la futur-e médecin se sent peu guidé-e et peu accompagné-e. Il-elle est reprimandé-e pour les

comportements qui ne sont pas désirés. Élvine perçoit le comportement des superviseurs-es comme une négation de leur part.

C'est plus tard dans le programme qu'Élvine a réalisé qu'elle n'était pas à l'origine de ses difficultés. Des éléments systémiques ont contribué à son malaise. Elle découvre que le rythme accéléré contribue au décrochage des résidents-es en médecine. Le-la résident-e en médecine n'est plus capable de suivre, il-elle se trouve comme dans une spirale, en perte de contrôle sur son anxiété et sur son estime de soi. Le deuxième facteur contribuant est la surcharge de travail. La charge de travail est importante, calculée à la minute près. Il est impossible de prendre une journée de congé même une fin de semaine. Si le-la futur-e médecin tombe malade, ça décale tout. Et une fois qu'on a décalé, on arrive plus à rattraper le cheminement. Élvine compare la surcharge de travail à un train qui roule, le passager ou la passagère n'arrivant pas à le rattraper, le train s'en va. Concrètement, Élvine évoque plusieurs activités participant aux exigences constitutives des études postdoctorales soit des blocs de stages d'un mois, des activités longitudinales. Dans une journée, Élvine gère son horaire de travail en priorisant la visite des patients-es, le suivi des laboratoires des patients, la rédaction des notes au dossier. Il y a aussi des activités supplémentaires, des rencontres avec les superviseurs-es, des travaux académiques à remettre, des choses à étudier ainsi que des lectures à faire.

Pour faire face à cette surcharge importante de travail, Élvine va procéder par hiérarchisation des objectifs de travail. Lorsqu'elle perçoit une accumulation de la charge de travail, elle fait des choix étant donné qu'elle n'est pas capable de tout faire. Ainsi Élvine va répartir son travail par listes d'objectifs de travail à réaliser urgemment, à moyen terme et à long terme. L'organisation des activités par listes d'objectifs de travail rencontre souvent la

hiérarchisation des activités provoquée par la non-atteinte des objectifs fixés. Chaque jour étant planifié, il arrive qu'elle n'atteigne pas ses objectifs. Elle est alors obligée de décaler certaines activités par rapport à d'autres.

Elvine nous fait aussi part d'une situation où la prise en charge du patient est jugée difficile par elle. Elle ne se décourage pas. Elle va rechercher le problème et appliquer les protocoles enseignés. Si cela ne marche pas, elle va essayer un autre protocole jusqu'à parvenir à la solution, soit satisfaire le besoin du patient. Lorsqu'elle se trouvera dans une situation semblable, elle va mettre à l'épreuve le protocole qui a réussi, ainsi de suite.

Il peut aussi arriver que le patient lui dise que mon médecin a fait ça. Pour Élvine lorsque le patient pense ainsi, cela veut dire que ce que lui dit le résident est contraire à la prise en charge que lui (patient) connaît. Élvine trouve donc en les patients une motivation à aller plus loin. Elle dit c'est bien beau d'apprendre dans les livres, mais ce qui nous motive à aller plus loin c'est ce que les patients nous apportent que ce soit au niveau la communication, des problèmes médicaux ainsi que dans la recherche de traitement.

La stimulation apportée par les patients l'amène à nous parler des patients partenaires c'est-à-dire des patients sur lesquels les étudiants appliquent les connaissances théoriques et pratiques reçues. Élvine fait allusion ici aux patients standardisés c'est-à-dire des patients recrutés pour participer aux activités pédagogiques des programmes de médecine.

C'est dans ce contexte de patients partenaires qu'Élvine va nous parler de la supervision et de la simulation. En référence à la supervision par caméra, Élvine va visiter les patients seuls sous surveillance à distance. Une fois la séance terminée, il y a une confrontation de la performance

avec les superviseurs. Quant à la simulation, il en existe deux soit la simulation basique (au premier et au second cycle) et la simulation complexe (au troisième cycle).

Elle a beaucoup appris des superviseurs-es. Ainsi chaque relation n'a pas été négative, Élvine a apprécié certains-es superviseurs-es avec lesquels ou lesquelles elle a vécu des belles expériences. À la collaboration résident-e/superviseur-e, Élvine va ajouter la collaboration entre résidents-es entre eux ou elles. Pour capitaliser les expériences ou informations, les résidents-es se posent les questions entre eux ou elles, ils ou elles se donnent des conseils. Concrètement, lorsqu'un ou une résident-e a une situation jugée complexe, il ou elle est aidé-e par les autres pour trouver une solution au problème. Le personnel infirmier ne sera pas en reste dans ce processus de transformation de la ou du résident-e. La collaboration infirmière/résident-e est accentuée par les corridors parallèles.

Le choix des cours n'est pas aussi en reste. Ici elle nous parle d'une situation où il existe une disparité entre les milieux ouvrant sur une disparité de cours. Ainsi il existe des cours dispensés pour les résidents de l'Université de Montréal ; des cours dispensés pour les résidents en médecine exerçant dans le terrain clinique ; des cours dispensés pour les résidents du Québec ; des cours dispensés pour les résidents en médecine du Canada. Elvine pense que ce n'est pas égalitaire alors que les facultés disent le contraire.

Élvine constate, lorsqu'elle opère une rétrospective sur son parcours en résidence que celui-ci peut se confondre à un carcan. Elle était tout le temps redirigée, tout le temps surveillée. La nuit, les chefs ne sont pas là, c'est la détente. Mais Élvine n'a pas assez d'autonomie. Elle est donc obligée de rechercher l'aide des autres résidents afin de s'en sortir face à des situations complexes. Une fois Élvine a été appelée parce qu'il y avait une situation qui requerrait son intervention.

L'infirmière était nouvelle. Lorsqu'elle est arrivée, elle a senti que quelque chose clochait ; elle ne savait non plus quoi faire. Elle a appelé la résidente sénior et elle a dit ne t'inquiète pas ; elle demande de faire tel soin, ce qu'a fait Élvine, c'était un gaz sanguin ; la résidente a dit ce patient ne va pas bien. La résidente sénior et Élvine ont appelé les soins intensifs. Ils sont arrivés et ils se sont occupés de la situation.

Élvine nous a aussi fait part de l'ambiance dans le processus de résidence. Elle dit qu'elle a été chanceuse. Elle est tombée sur une équipe de résidents-es avec laquelle il y a eu une ambiance agréable. Tout le monde communiquait avec tout le monde.

1.4. Le récit phénoménologique de William¹⁰⁹

La médecine constitue pour William un long parcours qui a commencé en 2005. Il s'est engagé en médecine beaucoup plus pour apprendre et comprendre les choses, comment ça marche. C'était aussi pour être valorisé par la société. À ce moment-là, William ne s'imaginait pas vraiment dans le rôle de médecin avec les responsabilités au sein d'une équipe. Après deux années d'études médicales, William va se démotiver. Il constate que la médecine ressemble beaucoup plus à un travail plus technique, plus encore un travail de répétition dans lequel il s'attelait à vider les cases ; à aller chercher toute l'information. Il a pris une pause pendant laquelle il a fait une session en philosophie. William va se découvrir, pendant les études philosophiques, un intérêt philanthropique. Il va donc revenir en médecine pour améliorer la santé des populations, leur qualité de vie ainsi que leur condition de vie.

¹⁰⁹ Voir transcription de l'entretien en annexe T

Le programme d'externat étant organisé sur le mode de la diversification des milieux cliniques, William va se voir changer de professeurs d'une semaine à l'autre. Ce que William a trouvé difficile pendant l'externat c'était beaucoup plus la logistique de tout cela c'est-à-dire devoir réapprendre comment fonctionne chaque unité. Ce qui ne lui permettra pas de faire beaucoup de liens avec les enseignants cliniques. Cela prend beaucoup de temps à William pour créer des liens. En fait il a besoin de comprendre comment les gens pensent avant de penser à tisser des liens.

Pendant l'internat et l'externat, l'approche par compétences était utilisée par l'ensemble des étudiants en médecine pour intégrer les connaissances déclaratives à la pratique. William nous apprend que beaucoup de professeurs adhéraient à cette façon de fonctionner. Cette approche a aidé William et cela l'aide encore aujourd'hui.

Mais ce qui a aidé William à se préparer à la résidence, c'étaient beaucoup plus les stages d'externat. Il a appris ici ce qu'il fallait faire en tant que résident. Le fait de faire des stages en neurologie, en médecine interne, en urgence, en médecine de famille, et ceci d'une année à une autre, facilite l'adaptation de l'externe à un nouveau milieu clinique et le prépare à la résidence.

En contexte de formation médicale québécoise, la prescription des médicaments commence dès l'externat. C'est quelque chose qui se fait progressivement dit William. Il savait que c'est ça qui s'en venait. Ainsi quand il écrit une évaluation, il écrit ce qu'il a constaté. La seule chose est qu'il n'a pas la possibilité de valider sa prescription. Le médecin sénior ou le résident en médecine venait valider la prescription. En procédant ainsi, à la fin de l'externat, William se sentait capable non seulement de faire des prescriptions, mais aussi d'utiliser les outils mis à sa disposition pour prescrire.

À la fin de l'internat, William va être confronté au choix de résidence. Le système canadien est très clair et bien défini pour avoir des postes de résidences. Il y a un nombre de postes de résidences négociés entre le gouvernement et les universités. Chaque étudiant met en ordre ces choix. Mettons que l'étudiant choisisse en 1er choix la psychiatrie, en 2e la médecine générale et en 3e, la pédiatrie. Il y a beaucoup de souplesse puisque les universités vont rentrer les choix des étudiants tels qu'ils les ont reçus. Les universités vont retenir les critères de sélection. Cela peut être des entrevues, des vignettes cliniques, des résultats académiques, les notes de stages. Les étudiants qui sont mis en première position obtiennent leurs premiers choix. Ainsi chaque programme ordonne les étudiants en fonction des critères retenus et leurs choix. Si par exemple le premier choix de l'étudiant est la psychiatrie et qu'il y a 8 postes de psychiatrie et que tu es classé 5e, la psychiatrie devient ton premier choix. Si l'étudiant est 10e, la psychiatrie ne peut pas être son premier choix. Il sera obligé de choisir une autre résidence. Toutefois 85% des étudiants ont leur premier choix. Il y a aussi des possibilités de changer de programmes de résidence une fois le choix opéré.

William était convaincu qu'il ne pouvait pas devenir médecin de famille. La médecine de famille demande un perpétuel renouvellement de connaissances. S'il faut traiter une onychomycose c'est-à-dire un champignon aux ongles alors qu'on n'a jamais entendu parler de ça, revoir le guide de pratique et tout cela a dépassé William. Ce qui l'a aussi désintéressé en médecine de famille, c'était aussi l'apprentissage par expérience, il a trouvé cela difficile. La santé publique l'intéressait ainsi que la biologie de base. Même s'il a développé des compétences pour être intéressé par le travail clinique, il a trouvé cela pénible. Il a même aimé la chirurgie, mais, il a eu l'impression que s'il faisait chirurgie, il serait revenu en médecine pour rien. Il s'est réengagé

en médecine pour améliorer la qualité de vie des gens. C'est pour cela qu'il s'est plutôt orienté en psychiatrie, une spécialité médicale qui amène le praticien à partir du problème amené par le patient. Il nous apprend même qu'il aime améliorer les choses sur un long terme. Ça prend ça pour faire de la psychiatrie, dit-il. Ça prend du temps avant que ça s'améliore ajoute-il. Mais ici en psychiatrie, on modifie les choses qui continuent de fonctionner, qui continuent d'évoluer quand le patient est dans un état comportemental critique. On a un impact et l'impact ce n'est juste qu'on le fait qu'on a un impact, mais ça continue d'avoir un impact. C'est ce que William aime en psychiatrie.

Même si William était préparé depuis l'externat à la prescription médicale, il a éprouvé des difficultés en première année de résidence. Il y avait beaucoup de choses qui lui manquaient comme les informations à ce moment-là. William trouvait aussi que derrière l'acte de prescrire, il y avait la responsabilité sociale d'être gardien du processus, par exemple un patient qui reçoit quelque chose qui peut lui nuire ou l'aider. Ce qu'il a trouvé de difficile dans l'acte de prescrire, c'était la gestion des formulaires de prescription (les feuilles à utiliser pour tel type de prescription ainsi que l'attribution du formulaire de prescription une fois celle-ci complétée).

En dehors des difficultés d'ordre administratif, il a vécu des remarques négatives reliées selon lui à une mauvaise approche pédagogique. Il a aussi vécu un déclassement professionnel. En deuxième année de résidence, il a commencé un stage dans un hôpital à l'extérieur de la psychiatrie générale. Il a fait tout ce qui était intéressant; il a fait de l'urgence, il faisait aussi quelques patients hospitalisés. Il touchait à tout. Les superviseurs se sont rendu compte, après trois mois que cela ne marchait pas, que le niveau de compétences de William n'était pas optimal. En fait, William demandait trop de temps de supervision; il n'était non plus à l'aise avec les prescriptions que les

superviseurs jugeaient de base; William posait trop de questions et ça ne marchait pas. Les superviseurs lui ont enlevé ses externes, ils l'ont aussi enlevé la plupart de ses patients; ils ont réduit beaucoup d'activités. William se retrouvait avec peu de choses à faire, il ne savait comment disposer de son temps. La principale chose qu'il faisait c'était apprendre comment gérer un patient complexe ainsi que comment prendre plusieurs tâches en même temps. Ça a été une situation difficile pour William. Il a abandonné le stage pour le reprendre dans un autre milieu clinique avec un autre superviseur.

William nous parle aussi d'une situation où il a vécu un conflit. C'était une situation temporaire. Sa patronne était en vacances. Celle-ci a été remplacée par une superviseure temporaire. Après quelques jours, la superviseure remplaçante appelle William dans son bureau pour lui dire qu'elle est inquiète par rapport à son parcours, qu'elle n'est pas certaine qu'il deviendra psychiatre. William a trouvé cela intense. William était tellement fâché qu'il est sorti de la pièce pour en parler à ses collègues. Ce qu'il a constaté c'est qu'il n'était pas seul à avoir des problèmes avec cette remplaçante. Cette affaire a permis à William de comprendre ce qu'avait pu vivre les autres avec cette personne-là. Il a essayé de supporter le plus pour aider les autres collègues. William avait cependant un avantage c'est que ce n'était pas cette remplaçante qui l'évaluait. Donc contrairement à ses collègues infirmières, il était quand même dans une situation confortable puisqu'il bénéficiait de la confiance de sa superviseure. Dès lors que sa patronne titulaire est revenue, il lui a en parlé et sa réponse était claire : c'est moi qui t'évalue, ce n'est pas elle. William avait aussi un autre soutien, celui de l'assistante-infirmière chef. Quand il a rencontré et qu'il lui a décrit dans quel état il était après l'annonce de cette remplaçante, l'infirmier-chef a appelé la remplaçante et lui a dit que ce n'était pas correct de parler ainsi à William. Elle lui a aussi

dit que tout le monde appréciait William sur l'étage, en plus qu'elle aimait travailler avec William. Elle a vraiment pris la défense de William.

William pense que tout le monde a pris sa défense parce que quand il travaille dans un milieu, il fait l'effort de travailler en équipe. Il ne travaille pas plus fort que les autres. Travailler en équipe signifie pour William viser l'efficacité professionnelle qui consiste à laisser la meilleure personne apte à réaliser une activité la faire. Dès lors que celui qui réalise l'activité rentre dans l'objectif visé par William, ils sont en accord. Cependant le rôle de prescription revenait à William en tant que résident en médecine. William avait une approche qui faisait que c'était assez smoothie de travailler en équipe. Cependant William ne poursuivait pas l'objectif de se faire aimer par tout le monde. William était le plus clair possible autant dans sa façon de fonctionner que dans sa façon de communiquer.

2. PORTRAIT TRANSVERSAL DU VÉCU EXPÉRIENTIEL DES RÉSIDENTS-ES ET DES INTERNES EN MÉDECINE

La souffrance au travail est fortement présente dans tous les entretiens. Certains-es jeunes médecins en formation développent des ressources cognitives, matérielles et humaines pour dépasser la souffrance et se développer malgré tout, d'autres éprouvent des difficultés à s'en sortir du fait de la dévalorisation des ressources autorégulatrices. Placée au centre de l'organisation ou de l'auto-organisation du-de la résident-e ou de l'interne en médecine, la régulation ou l'autorégulation constitue une puissante ressource pour l'autoformation expérientielle. Celle-ci constituant la condition *sine qua non* de l'autoformation existentielle.

La souffrance à laquelle nous faisons allusion est d'abord choisie¹¹⁰. La souffrance choisie participe de l'expérience désirée par le-la résident-e ou l'interne en médecine comme on peut l'observer dans cet extrait marqué par une autopression liée à la pénurie du personnel : « *Nous quand on est interne s'il y a trois internes si quelqu'un manque les deux autres font le travail de trois.* » (Marjolaine, interne en médecine). C'est une souffrance investie d'une dimension morale puisque le sens est transformé et la pénibilité élaguée :

« On se culpabilise si on veut se mettre en arrêt de travail. Si on sent qu'on est plus capable de travailler on se dit c'est les autres qui vont payer pour pour nous en fait donc c'est un gros aspect de culpabilité de laisser une équipe toute seule et voilà on a envie on se donne la pression » (Marjolaine, interne en médecine).

Au regard de ce qui précède, la souffrance choisie est à la portée du sujet apprenant. Ce qui n'est pas le cas pour la souffrance subie déterminée par des intentions, des pouvoirs et des structures qui dépassent le-la jeune médecin en formation.

2.1. Déterminants de la souffrance subie et réactions chez les jeunes médecins en formation

Lorsqu'on évoque la complexité de la résidence ou de l'internat en médecine, la surcharge de travail est très souvent évoquée. Les résidents-es comme les internes en médecine vivent la

¹¹⁰ « C'est impossible de prendre une journée de congé. C'est impossible de prendre une fin de semaine. Tout doit être calculé à l'heure pré. Quand il y a quelque chose qui se passe, on tombe malade, ça décale tout. Une fois qu'on a décalé on arrive plus à rattrapper le cheminement. C'était comme un train qui roule si tu n'arrives pas à le rattraper jamais il est parti. » stipule Élvine, résident en médecine.

surcharge horaire. Celle-ci est objectivée par un grand nombre d'activités devant être réalisées en une heure.

2.1.1. Charge de travail élevée et contraintes de temps

La surcharge de travail découlant du « trop à faire » par rapport « au peu de temps pour faire », empêche l'étudiant-e en médecine inscrit-e au 3^e cycle des études médicales de garder son corps en bonne santé :

Ça veut dire qu'à un certain point je n'étais vraiment pas bien cela interférait avec ma performance pis cela ne faisait que contribuer au fait que je me sentais mal pis on résiste le fait de vouloir arrêter pis on a l'impression que cela va passer, mais je suis arrivé à un point que cela n'était plus possible de continuer (Élvine résidente en médecine).

On observe avec Marjolaine que l'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail est liée à l'épuisement professionnel : « *j'étais tellement fatiguée que je m'en dormais partout. Que je m'en dormais dans la voiture* » (Marjolaine, interne en médecine). Cette hypersomnie est attribuable à l'accélération du rythme désormais au cœur de la nouvelle organisation du travail : « *le fait qu'on ne va pas bien. Le rythme est accéléré, on décroche très vite. On est plus capable de suivre. On est dans une spirale.* » stipule Élvine, résidente en médecine.

2.1.2. Aliénation et accélération du rythme de travail

La contrainte au surpassement oblige les jeunes médecins en formation à courir après le temps pour essayer de faire toujours mieux. Ce qui nécessite des capacités autorégulatrices que ne possèdent pas toujours ces publics comme on peut l'observer dans cet extrait:

c'est sur la gestion du temps de la journée c'est ce qui est compliqué. C'est en on a en tout cas vous voyez le parcours c'est courir tout le temps, du temps qu'il faudrait pour tout faire quoi, c'est ça que j'ai trouvé difficile (Emma, interne en médecine).

Obligés-es de se conformer aux réalités d'une société où la performance et la réussite individuelle sont extrêmement valorisées, les futurs-es médecins vont, de gré ou de force, se voir déconnecter de la vie sociale :

le reste de ta vie va être assujetti à la médecine. [...] une fois que tu rentres en médecine c'est rare les gens qui peuvent fonctionner. Ils doivent sacrifier peu à peu chacune de leur passion. Malheureusement je ne conseille ça à personne (Élvine, résidente en médecine).

Cette pseudo idéologie sacrificionnelle du métier contributive à un isolement (éloignement du réseau social) et à un inassouvissement en résidence ou en internat en médecine engendre chez le-la jeune médecin en formation un conflit d'horaires et de rôles exposant ainsi ces futurs-es médecins à la difficile conciliation vie personnelle et études comme observé dans cet extrait :

je n'arrive pas à dormir plus de 5 heures par jour, je n'arrive pas à prendre 3 repas par jour. Je n'arrive pas à faire du sport. Ça fait des vagues, ça va moins

bien. J'essaie de plus me cadrer pour prendre un peu le contrôle avoir un horaire plus structuré pis quand d'autres choses se passe je n'ai pas assez de contrôle. Mais c'est un combat constat d'essayer d'avoir 3 repas par jour. De dormir pis de faire des habitudes externes à la médecine. ce qui fait qu'en s'épuisant comme ça, on est moins efficace pour travailler, il faut prendre plus de temps (Élvine, résidente en médecine).

2.1.3. Dévalorisation du repos de sécurité

Les longues journées apportant avec elles un allongement de la présence au travail oblige aussi le-la jeune médecin en formation à réduire son temps de repos afin de satisfaire les exigences organisationnelles :

il y en a qui croulent sur les gardes qui ont des gardes un peu trop importantes quoi. Et ça c'est compliqué parce que quand on fait les gardes on n'est pas dans les services et si on n'est pas dans les services personne ne peut travailler à notre place. Donc ça rajoute du travail aussi donc c'est ça aussi qu'il ne pourrait pas être mal c'est que les gens prennent du boulot sur du repos de garde (Emma, interne en médecine).

Pour valoriser le repos de sécurité, les responsables universitaires ont mis sur pied la liste de suppléance : « *il faut absolument qu'il y ait un nom devant sinon il y aura personne* » (Chiara, administratrice universitaire).

Les bienfaits du repos de sécurité sont aussi et malheureusement bloqués par l'organisation du travail qui impose une certaine attitude :

« c'est impossible de prendre une journée de congé. C'est impossible de prendre une fin de semaine. Tout doit être calculé à l'heure pré. Quand il y a quelque chose qui se passe, on tombe malade, ça décale tout. Une fois qu'on a décalé, on arrive plus à rattraper le cheminement. (Elvine, résidente en médecine).

Il s'en suit tout d'abord une difficulté à trouver du temps pour les études :

Beaucoup d'organisation pour durer comme je te disais par rapport aux horaires. Les enfants que tu aies passé une mauvaise journée, ils ne vont pas supporter que tu rentres à 21 heures tous les soirs. Il faut un temps de pause pour avoir un temps pour chacun (Emma, interne en médecine).

Il s'en suit aussi une difficulté à trouver du temps pour la famille exposant le-la résident-e ou l'interne en médecine au regret de n'être pas à la hauteur des attentes de ses proches : *« C'est beaucoup de boulot qui fatigue, qui stresse et en même temps il faut être disponible. On ne fait pas ce qu'on veut avec les enfants. »* ajoute Emma.

2.1.4. Difficulté à gérer l'équilibre travail et vie personnelle

L'exténuation de l'interne ou du-de la résident-e en médecine attribuée au trop d'énergie dépensée pour satisfaire aux exigences académiques et professionnelles expose ces publics à la problématique de la gestion de l'équilibre famille-travail : *« c'est un combat constant d'essayer d'avoir 3 repas par jour. De dormir pis de faire des activités externes à la médecine. ce qui fait qu'en s'épuisant comme ça on est moins efficace pour travailler, il faut prendre du temps »* (Élvine, résidente en médecine). Prendre du temps réfère ici aux activités récréatives empêchées par le trop-

plein d'activités à réaliser au travail. Bien que la dissipation du stress soit attribuable au divertissement¹¹¹, l'accumulation et l'incrustation des émotions négatives sont associées au caractère chronophage des études médicales de 3^e cycle. Les pleurs qui s'en suivent traduisent tout d'abord un trop-plein de tensions internes :

c'est arriver des internes à pleurer en plein milieu de la visite, qui craque complètement. Et qui va s'isoler un tout petit peu parce que ça va plus et puis qui revient et il fait comme il peut ça arrive. Il n'y a pas de soupape quoi. ça monte ça monte et la personne n'a trouvé aucun moyen de redescendre et à un moment ça lâche quoi (Emma, interne en médecine).

Les pleurs sont aussi un moyen d'expression d'une détresse vécue, une impuissance qu'éprouve l'interne ou le-la résident-e en médecine face à l'adversité : « *je suis allé aux toilettes et j'ai pleuré* » confie Marjolaine, interne médecine. L'effusion émotionnelle traduit ici une déstabilisation de la-du jeune médecin en formation tombé-e en catastrophe sur une « planète-travail » dont il ou elle ne maîtrise pas les reliefs. Il ou elle découvre enfin au 3^e cycle des études médicales la réalité d'une « planète-travail » qui impose ses règles : « *quand tu es interne [ou résident-e] tu fermes et tu exécutes* », (Marjolaine, interne en médecine) mais aussi une attitude : « *je dois faire ce qu'il me dit* » (Élvine, résidente en médecine). Cet apprentissage à être s'apparente à une réformation subie en situation par l'interne ou le-la résident-e en médecine :

¹¹¹ « *c'est une soupape que déjà d'aller courir que d'aller faire de la musique. Ça permet d'évacuer directement le stress. Ça permet de penser à autre chose que son travail, de sortir un peu plus, de prendre aussi du recul par rapport à son boulot que de penser médecine toute la journée, d'en rêver* » confie Emma, interne en médecine.

mon cheminement, ça a été de me dire ces personnes ont l'autorité hé il y a une hiérarchie qui est importante. Ils ne tolèrent pas très bien d'être contredit. Si je voulais soulager cette frustration que j'avais tous les jours de ne pas être capable d'agir comme je voulais, mais ça a été de laisser faire. D'être complètement soumise et passive à la supervision (Élvine, résidente en médecine).

L'interne ou le-la résident-e en médecine subi-e les rapports de force et de pouvoir qui l'amènent à constater une difficulté à utiliser ses compétences :

un déséquilibre entre l'autonomie puis les compétences. Ça veut dire avoir beaucoup de responsabilités par rapport à ce que tu es capable de faire ou à l'inverse tu as l'impression de n'avoir aucune possibilité de décisions tu ne peux pas utiliser tes compétences (William, résident en médecine).

2.1.5. Chaos vocationnel ou le moi destabilisé

Vivant son atterrissage sur la « planète-travail » sous le mode du choc culturel, l'interne ou le-la résident-e en médecine découvre que la soumission est la règle mais aussi qu'il ou elle apprend à ses dépens. Cet apprentissage par la souffrance n'est pas sans conséquence sur le parcours de l'interne ou du-de la résident-e en médecine. Les obstacles rencontrés dans la présente résidence ou internat en médecine et la difficulté pour l'interne ou le-la résident-e en médecine de développer un sentiment d'efficacité pour les surmonter amènent certains-es jeunes médecins en formation à opérer une remise en question nécessaire à la circonscription de nouvelles finalités traduites ici en tentative de réorientation dans une autre résidence ou internat en médecine dont les

leviers de réussite sont maîtrisés par l'impétrant-e : « *Et je me suis sentie un peu perdue. Et pas du tout encadré et j'ai posé la question de mon orientation alors je me suis dit je peux passer en médecine générale* », nous dit Marjolaine, interne en médecine. La pression ressentie dans la présente spécialité oblige le-la jeune médecin en formation à procéder par une séquentialisation de désengagement-engagement-désengagement liée à la difficulté de surmonter les contraintes organisationnelles (surcharge de travail) ainsi que le stress associé aux remarques négatives :

je me suis mis en arrêt de travail sachant qu'on m'a dit qu'on n'avait pas forcément besoin de moi. Je ne suis pas forcément responsable. Du coup là je me suis mis en arrêt de travail et j'ai pas pu reprendre et j'étais vraiment en difficulté, j'étais en cours de réflexion (Marjolaine, interne en médecine).

On perçoit ici une transmutation affective ratée puisque son blocage psychologique était attribuable à la difficulté de se dégager des passions tristes et de se réapproprier une certaine puissance d'agir.

2.1.6. Assujettissement¹¹² dans les affects, une réponse négative à la souffrance

La difficulté à la subjectivation dans les affects est liée à une dysrégulation émotionnelle : *les personnes qui n'arrivent pas à extérioriser, à verbaliser qui vont être stressé, qui vont exploser d'un coup, voire s'effondrer dans un coin en pleurant et puis, après il y en a qui vont être désagréables parce que tellement stressés parce que vont envoyer tout le monde rouler, qui ne vont pas du tout être disponibles puis*

¹¹² Assujettissement découle du verbe assujettir.

c'est là en général qu'il y a des tensions dans les équipes (Emma, interne en médecine).

Réservé-e, l'interne ou le-la résident-e en médecine ne verbalise pas son ressenti émotionnel. La frustration, l'aigreur, la perte de patience et l'explosion n'expriment rien d'autre qu'une domination de soi par le stress. L'isolement qui s'en suit traduit aussi une incapacité pour le-la jeune médecin en formation à faire face à la situation stressante comme observé dans le schéma 17.

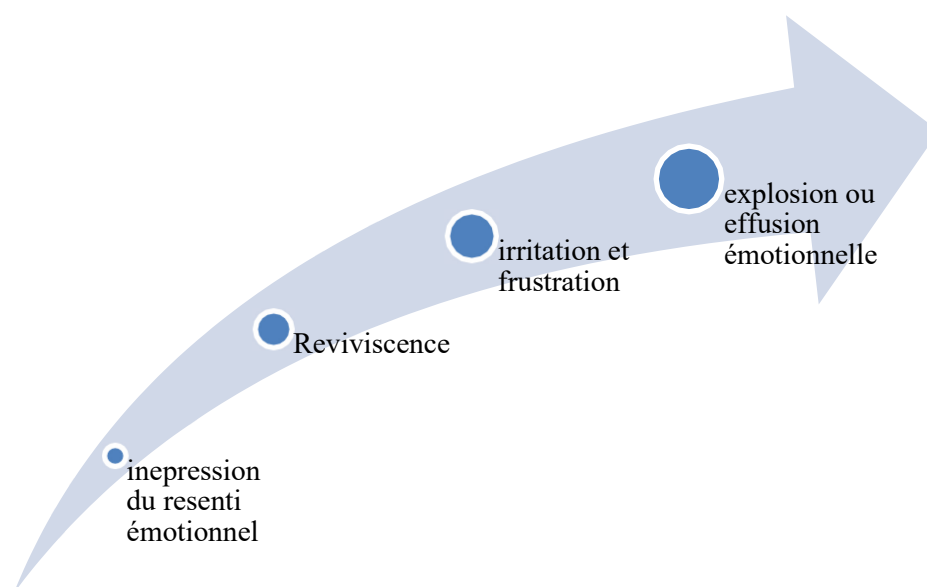


Schéma 17. Domination de l'interne ou du-de la résident-e en médecine par le stress

Dominé-e par les affects, le-la jeune médecin en formation développe le sentiment d'insécurité :

Pendant le stage il n'y avait pas d'internes. S'il y avait un bon lien et il y avait un manque de confiance en amont. Moi j'étais pas sur de moi, je sentais que j'étais

stressé. Je donnais souvent mon avis et eux ils sont habitués aux internes [aux résidents-es] qui sont autonomes, qui se débrouillent tout seuls. Voilà je débarque jeune interne [résident-e] et sortie d'externat, il y en a quand ils sortent de l'externat ils sont sur d'eux. C'était pas mon cas en fait (Marjolaine, interne en médecine).

La prise d'initiative par hésitation¹¹³ obsède le-la jeune médecin en formation, la peur des responsabilités¹¹⁴ l'affecte, la timidité alors sous-jacente refait non seulement surface, mais aussi bloque la possibilité de développement des stratégies d'adaptation collectives : « *je pense que j'étais trop timide et je subissais les choses que je devais demander de l'aide en fait. Et plutôt d'avoir mal à la gorge ou de pleurer, j'aurais dû aller voir un adulte pour lui demander de l'aide* » dit Marjolaine, interne en médecine.

¹¹³ « s'il y avait eu initiative, cela devrait être des initiatives par hésitation. Je trouve que ce n'est pas une bonne décision de faire les choses par hasard. Donc non c'est on a jamais en tant que médecin de prescrire au hasard » stipule marjolaire.

¹¹⁴ « autant j'adore aider les gens, les oigner, j'adore ce qui est médical. Je ne veux pas avoir les responsabilités d'un médecin. Je ne veux pas être médecin en fait », poursuit Marjolaine.

Cette frustration engendrée par la timidité traduit une anxiété sociale¹¹⁵ à laquelle le-la jeune médecin en formation est incapable de faire face tant les mécanismes de soumission tels que l'ambition de gloire¹¹⁶ ou de violence symbolique¹¹⁷ sont présents en contexte.

Bloqués-es dans leurs initiatives, les jeunes médecins en formation développent le sentiment de non-reconnaissance au travail :

ils trouvent qu'ils ne sont pas reconnus. On ne les écoute pas. On ne fait pas attention à ce qu'ils pensent, à ce qu'ils disent. C'est pourquoi ils ne peuvent pas s'exprimer parce que les supérieurs hiérarchiques passent le temps à les écraser révèle Eva (Eva, médecin sénior).

Les plaintes faisant écho des difficultés et des obstacles vécus en situation, l'attribution d'une valeur négative à l'engagement dans la formation est associée à l'importance du coût perçu¹¹⁸ : « *je n'ai jamais arrêté mes études mais maintenant je pense à abandonner. Je fuis* » confesse Marjolaine, interne en médecine.

¹¹⁵ La première réaction face à l'anxiété sociale est la prise de conscience de son discours intérieur soit le décryptage des schèmes de pensées auto-dévalorisantes qui se développent. La seconde est la transmutation de ceux-ci en un discours interne motivant du genre je suis capable, je peux le faire. Ce qui demande une croyance forte en sa capacité d'atteindre l'objectif d'affirmation de soi via l'adoption des comportements sociaux efficaces. Cela demande aussi la reconnaissance de ses forces et faiblesses contributive à l'éloignement du sentiment d'infériorité ou de nullité.

¹¹⁶ « Ils peuvent ressentir des rivaux au niveau des connaissances parce que ils n'aiment pas ça se faire remettre en doute. Je pense qu'il y a une compétition dessus. Il y a l'intention moi je pense que j'ai raison eux ils pensent qu'ils ont raison pis je viens questionner leur autorité en disant que je ne suis pas d'accord. Je trouve ça agressant mais je ne pense pas qu'ils aiment ça. Ils ont l'habitude nous on sait tout et on fait faire aux gens exactement ce que on veut faire. Et quand il y a un petit niveau qui me dit ce que je dois faire rentre chez toi je sais plus que toi et tu ne vas pas m'enseigner la médecine. Moins je fais ça depuis 30 ans. C'est plus ça » nous apprend Élvine.

¹¹⁷ « Quand tu es interne, tu la fermes et tu exécutes » révèle Marjolaine.

¹¹⁸ « représente tous les aspects négatifs liés à l'engagement vers la tâche. Coût en temps, en quantité d'effort, en risque de blessures, en émotions négatives (peur de paraître, ridicule, incompetent, etc.) ou en inconfort matériel » (Chanal, 2003, p.40).

La démotivation survient lorsque le sujet, bien qu'ayant auparavant une forte perception de la valeur accordée à l'engagement en formation, constate qu'il ne contrôle pas tous les « leviers » qui conduisent à la réussite du parcours. Le-la jeune médecin en formation, devant les options r (rester dans le parcours) et s (sortir du parcours), décide de choisir l'option s (sortir du parcours) du fait que la pulsion, c'est-à-dire la poussée constante et motrice qui vise une satisfaction tout en étant le moyen initial de cette satisfaction, a été plus faible en regard de l'option r (rester dans le parcours) et au détriment de celle-ci. Il s'en suit un processus d'engagement qui s'arrête sans activer les programmes d'ajustement. La complexification du processus d'engagement entraîne *ipso facto* une complexification de la consolidation des attitudes et du gel de la décision prise, celle-ci étant tributaire de l'attribution causale. Le-la résident-e ou l'interne en médecine va opérer, sans le vouloir ou par la force des choses, une rupture avec la présente appartenance professionnelle pour se resocialiser dans une nouvelle catégorie professionnelle ou un nouveau milieu professionnel : « *j'ai fait le grand bond en médecine de travail, mais je ne suis pas encore sur que j'ai fait le bon choix.* » affirme Marjolaine, interne en médecine.

La rupture avec l'identité visée s'inscrit ici dans le registre d'une conversion identitaire rejetée, mais regrettée par le sujet : « *Je le fais à défaut de faire médecine* » ajoute Marjolaine, interne en médecine. Ce qui veut dire que la nouvelle formation ne comble pas l'écart entre l'identité rejetée/regrettée et la nouvelle identité visée/regrettée. Étant donné que la plus-value de la formation en santé publique n'est pas perceptible comme telle par le sujet dans sa construction identitaire, la valeur de la formation ne peut qu'être neutre au lieu d'être forte, le sujet ayant choisi de lui-même de sortir de la formation médicale. Le schéma 18 en s'attellant à présenter les

déterminants de la souffrance des résidents-es et des internes en médecine se propose aussi de nous présenter le quotidien dans lequel évoluent les jeunes médecins en formation.

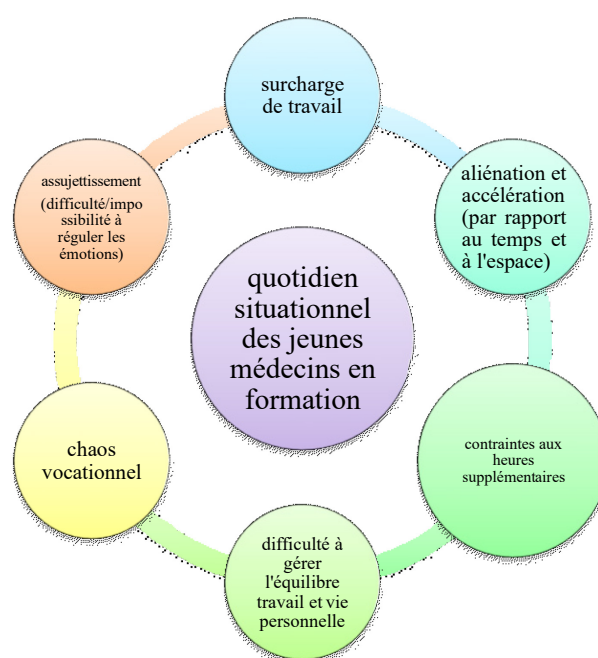


Schéma 18 : les contraintes à l'origine de la souffrance des jeunes médecins en formation

Affecté-e par la surcharge de travail¹¹⁹, exposé-e à un rythme de travail accéléré¹²⁰, contraint-e aux heures supplémentaires¹²¹, astreint-e à la difficulté de gérer l'équilibre travail et vie professionnelle¹²², l'interne ou le-la résident-e en médecine vit le chaos vocationnel¹²³. Au lieu d'analyser la situation pour s'en sortir, certains-es jeunes médecins en formation vont se replier sur eux comme on peut l'observer dans cet extrait : « *ils m'ont vu en difficulté, ils n'ont rien fait.*

¹¹⁹ (horaire de travail allongé, temps de récupération réduit)

¹²⁰ (contraintes au surpassement de soi, dévalorisation des relations et activités extraprofessionnelles)

¹²¹ (accumulation de devoirs et responsabilités, incapacité de satisfaire les attentes de la vie personnelle)

¹²² (exigences élevées, stress professionnel, épuisement professionnel)

¹²³ (effusion émotionnelle)

Et après c'est à moi de faire les démarches. Je n'ai pas fait la démarche » confie Marjolaine, interne en médecine.

Ce processus fataliste développé par Marjolaine contraste avec la dynamique biographique d'Élvine de laquelle émerge une estime de soi renforcé par l'inscription en médecine : *« je savais que c'était important d'être valorisé dans qu'est-ce que je faisais. La médecine semblait correspondre à ses aspirations »* argue Élvine, résidente en médecine.

La valeur et les significations attribuées à formation par le-la futur-e médecin, se confondant aux objectifs de vie qu'il ou elle se donne à un moment donné de son histoire développementale ainsi qu'à la perception qu'il ou elle a de la formation comme moyen potentiel de réaliser ses objectifs, l'établissement d'un lien entre la décision prise (rester en formation) et l'acte (ce qui est fait dans la considération d'une finalité) s'apparente à un engagement pris envers soi-même. Même si l'option r (rester en formation) s'avère plus contraignante que prévue, le-la jeune médecin en formation aura tendance à persévérer dans cette option : *« j'ai pris des arrêts maladie pis j'ai réfléchi tout le temps. J'ai réfléchi que je vais rester encore un petit peu. Je vais rester encore un petit peu je vais essayer encore un petit peu et bon voilà. »* révèle Élvine, résidente en médecine. Il en ressort de cet extrait produit par Élvine un choix de persévérer dans le programme malgré la pression ressentie. Il en découle aussi que la prise de décision est tributaire d'une volonté de réussir en médecine. On relève enfin que l'adoption du comportement visant à réussir est tributaire des éléments prédicteurs tels que le besoin de réussite, la probabilité de réussite et l'incitation à la réussite : *« j'ai finalement décidé de me relancer. Justement parce que je ne voulais pas garder la notion d'échec que je n'étais pas capable. Je voulais réussir et après*

ça décider si c'était pour moi ou pas » révèle Élvine, résidente en médecine. Cette détermination à réussir au péril de sa santé physique et mentale traduit une volonté¹²⁴ pour le sujet de développer des facteurs de résistance (pour faire face aux facteurs de vulnérabilité rencontrés en situation) et de riposte pour se développer malgré tout.

3. LE DÉ-ASSUJETTISSEMENT DANS LES AFFECTS, UNE RÉPONSE POSITIVE À LA SOUFFRANCE

Que ce soit les facteurs de résistance ou de riposte, ils correspondent respectivement dans notre travail aux facteurs de protection et de néo-développement.

3.1. Le développement des facteurs de protection

Disons d'entrée de jeu qu'un facteur de protection est une qualité développée par le sujet au fur et à mesure qu'il évolue dans son histoire développementale. Le développement de cette qualité est donc tributaire des interactions sociales ou environnementales. Si nous nous en tenons à l'histoire de Marjolaine, nous nous rendons compte que la constitution du bouclier que sont les facteurs de protection contre les difficultés est tributaire aussi bien des dimensions environnementales, interactionnelles qu'individuelles :

Bon je pense que c'est effectivement beh il n'y avait pas de courant ouvert je vais dire dire que j'ai telle difficulté, parce qu'à l'école je pense que j'étais trop timide et je subissais les choses que je devais demander de l'aide en fait. Et plutôt d'avoir mal à la gorge ou de pleurer j'aurais du aller voir un adulte pour lui demander de

¹²⁴ De façon opérationnelle, la volonté est la disposition de caractère. Celle-ci amène le sujet à prendre des décisions avec fermeté et à les conduire à leur terme sans pour autant manifester un quelconque état de faiblesse et ceci malgré les obstacles rencontrés.

l'aide. Discuter avec plusieurs médecins pour voir comment on peut organiser les choses. Voilà je pense que c'est juste ça en fait ne pas attendre la fin pour dire que ça ne va pas. c'est pareil pour les responsables, ils m'ont vu en difficulté, ils n'ont rien fait. Et après c'est à moi de faire les démarches. Je n'ai pas fait la démarche (Marjolaine, interne en médecine).

Il ressort ici une timidité bloquant la possibilité de demander de l'aide. L'aide non revendiquée a contribué à la déconsidération de la-du jeune médecin en formation liée à son manque de confiance :

Pendant le stage il n'y avait pas d'internes. Si il y avait un bon lien et il y avait un manque de confiance en amont. Moi je n'étais pas sûr de moi je sentais que j'étais stressé. Je donnais souvent mon avis et eux ils sont habitués aux internes qui sont autonomes qui se débrouillent tout seul (Marjolaine, interne en médecine).

Ne pouvant pas développer une certaine autonomie dans l'apprentissage, le-la futur-e médecin sera rangé-e dans la catégorie des internes et des résidents-es en médecine incapables de remplir les exigences constitutives des études médicales de 3^e cycle : « *Eh en fait j'étais très marqué parce qu'un médecin m'a dit tu vois tu as essayé tu as bien vu que ce n'étais pas fait pour toi. Et je l'ai très très mal pris. Et ça a été très dur* » révèle Marjolaine, interne en médecine. La démotivation qui s'en est suivie traduit l'absence de facteurs de protection individuels nécessaires au desserrement de l'emprise des passions tristes.

3.1.1. Nécessité de développer des facteurs de protection individuels

Le desserement auquel nous faisons allusion est autodynamique c'est-à-dire que le-la jeune médecin en formation est mû-mue par une force interne. Cette force interne que nous appelons volonté de devenir n'exprime rien d'autre que la capacité à accomplir un acte intentionnel, consciemment. Bien qu'étant une faculté, la volonté de devenir est reliée à la liberté ainsi qu'au pouvoir de se déterminer par soi-même : *« j'ai pris des arrêts de maladie pis j'ai réfléchi tout le temps j'ai réfléchi que je vais rester encore un petit peu je vais rester encore un petit peu je vais essayer encore un petit peu et bon voilà. »* (Élvine, résidente en médecine). Il ressort ici une volonté tributaire d'une disposition de caractère. Celle-ci amène le-la résident-e ou l'interne en médecine à prendre des décisions avec fermeté et à les conduire à leur terme sans pour autant manifester un quelconque état de faiblesse et ceci malgré les obstacles rencontrés.

Cette détermination à se faire soi est aussi entretenue par l'attribution de l'identité :

C'est une confiance qui s'établit au fil du geste. C'est toujours dans l'échange. Je pense que c'est toujours donnant donnant. À chaque fois, je pense que j'ai beaucoup apporté. Je pense que derrière j'ai fait ce qu'il fallait et du coup comment dire on se sent bien en général quand on se sent bien avec la personne on se sent bien avec l'équipe. Ça se ressent avec les patients, on n'est bien confie Emma, interne en médecine.

Il s'agit ici d'une confiance attribuée au-la jeune médecin en formation tributaire de l'effort consenti comme nous l'apprend Élvine :

mon cheminement ça été de me dire ces personnes ont l'autorité hé il y a une hiérarchie qui est importante ils ne tolèrent pas très bien d'être contredit. si je veux soulager cette frustration que j'avais à tous les jours de ne pas être capable d'agir comme je voulais agir mais ça a été de laisser faire. D'être complètement soumise et passive à la supervision on était dans la contre réflexion quand je vois un patient il y a une partie de moi qui réfléchis qu'est-ce que le patient a quel est le traitement que je trouve le plus pertinent pour lui et qu'est-ce que le superviseur attend de moi dans cette situation-là. Je dois combiner ces deux pensées pour que quand je vais présenter au superviseur je dois lui dire qu'est-ce que je crois qu'il attend de moi pis cela a vraiment amélioré mes résultats (Élvine, résidente en médecine).

En déduisant qu'il faudrait adopter une stratégie de soumission consentie plutôt que de se « développer en tant que personne », Élvine fait observer que sa décision est sous-tendue par une dynamique motivationnelle, aussi, que cette décision a été soutenue par la volonté de devenir :

face au stress eh, quand il y a une situation qui me stresse, je sens qu'il y a trop de choses qui s'accumulent, j'essaie de me poser, de prendre du recul et d'essayer de cibler ce qui est important et ce qui l'est moins. Je vais essayer de hiérarchiser les tâches. Et du coup commencer par ce qui est important (Emma, interne en médecine).

Élvine ne dit rien d'autres lorsqu'elle dit qu'en situation de surcharge de travail, « j'ai une liste d'objectifs urgent moyen terme puis à long terme. Pis je m'organise en faisant des listes puis je me dis qu'est-ce que je dois faire aujourd'hui puis j'essaie de classifier dans mon horaire »

(Élvine, résidente en médecine). De ces deux extraits, il ressort tout d'abord les éléments figurant une certaine capacité autorégulatrice : la perception de l'environnement et par conséquent sa menace; l'analyse de l'information sensorielle; la prise de recul; la hiérarchisation des tâches; la priorisation des tâches les plus importantes. Le schéma 19 présente graphiquement ces éléments.

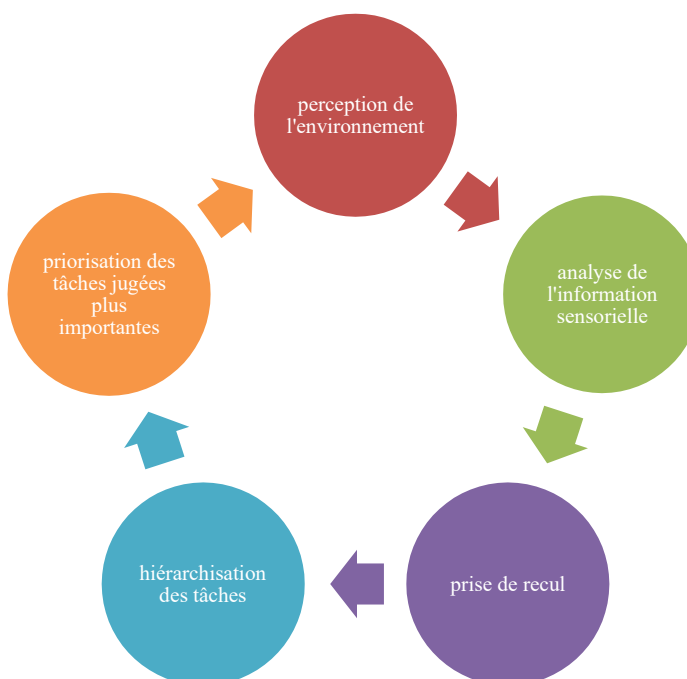


Schéma 19. Éléments témoignant d'une certaine capacité autorégulatrice

Il ressort aussi de ces deux extraits produits respectivement par Emma et Élvine que le processus prédécisionnel est influencé par la motivation ou la valence qui n'est rien d'autre que le degré de considération qu'elles attribuent au résultat de leurs actions ou de leur performance; alors que le processus postdécisionnel est soutenue par la volonté de devenir soit l'attitude probante de ces jeunes médecins en formation par rapport au lien entre la mobilisation des efforts et le résultat escompté; enfin une alimentation de la capacité autorégulatrice par la motivation et une action rétroactive de la capacité autorégulatrice sur la motivation :

quitter la médecine ça aurait été vécu comme un échec de mon côté surtout que le système est fait si on quitte c'est le non retour parce que une fois qu'on a été accepté dans une faculté de médecine au Canada, on ne peut être réaccepté dans une autre faculté de médecine. C'est sur que cela a pesé lourd sur la balance (Élvine, résidente en médecine).

Ce qui laisse percevoir une estime de soi renforcé par l'inscription et l'engagement en/dans le parcours de médecine : « *je savais c'était important d'être valorisé dans qu'est-ce que je faisais. La médecine semblait correspondre à ses aspirations là. Mais c'était sans savoir ce qu'est vraiment mais c'est un peu cette idée que j'avais que j'ai décidé de m'inscrire.* » ajoute Élvine, résidente en médecine. La valorisation de soi est donc tributaire de la perception de l'inscription en médecine comme quelque chose de valable pour elle. De ce qui précède, on peut décliner les facteurs de protection individuels émergents en situation dans le schéma 20 ci-après.

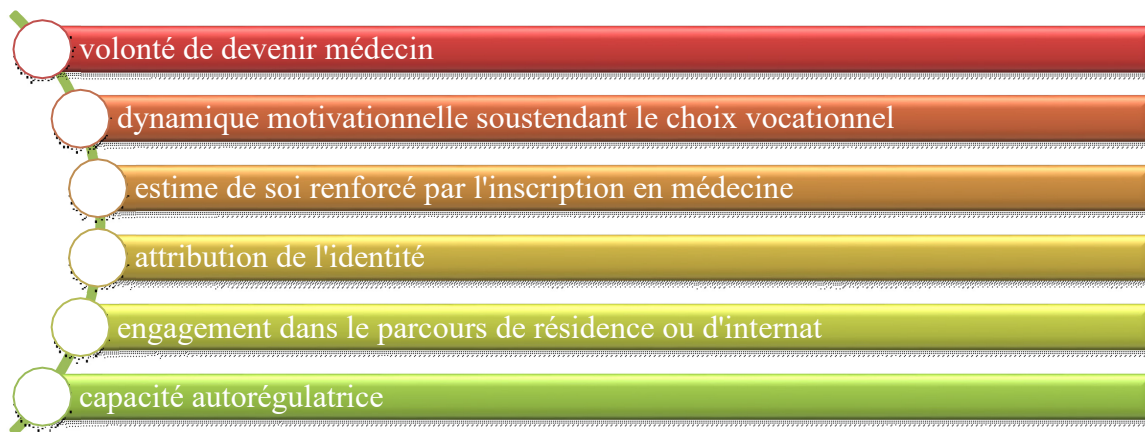


Schéma 20. Les qualités personnelles ou facteurs de protection individuels émergents en situation

Il peut arriver que le-la résident-e ou l'interne en médecine fasse face à des situations à forte intensité émotionnelle dépassant sa capacité autorégulatrice. Il ou elle se sent obligé-e de recourir au collectif qui représente pour lui ou elle une source importante de réconfort émotionnel comme on peut l'observer dans cet extrait produit par Élvine :

rendu à la résidence, je pense que j'ai été assez chanceuse, je suis tombée sur une équipe de résidents avec laquelle il y a eu une ambiance agréable qui s'est créée dès le début ou tout le monde communiquait avec tout le monde. Tout le monde était très honnête dans les relations interpersonnelles pis ça m'a permis de créer de liens puis d'avoir des gens avec avec qui partager mon expérience puis à briser un peu plus cet isolement qui était un peu plus présent à l'externat là (Élvine, résidente en médecine).

L'ayant vécu tout au long de l'externat, Élvine a pris conscience, après réflexion, que l'état de solitude s'aggrave lorsque le sujet reste seul.

3.1.2. Perception du risque et développement des facteurs de protection interactionnels

La rencontre des résidents-es en médecine avec qui dialoguer devient une occasion d'expression des difficultés et obstacles vécus dans le parcours. En écoutant les autres résidents-es ou internes en médecine parler de leurs difficultés, l'interne ou le-la résident-e en médecine se rend compte qu'elle ou il n'est pas seul-e à vivre des moments difficiles dans le parcours.

pour moi ça a été un gros facteur de résilience de me rendre compte que j'étais non seulement loin d'être la seule mais que mon expérience était entièrement

courante. Tous les résidents ont dû vivre un cheminement émotionnel semblable à un point de leur formation (Élvine, résidente en médecine).

On perçoit ici une résilience renforcée par l'expérience émotionnelle partagée vécue aussi par Emma :

Je dis par exemple cet exemple concret là. Ces mots-là qui nous ont touché quand elle dit ça. Et puis elle me rappelle telle personne. Je l'associe à ça. Ça m'a touché à ce point-là. Je sais que ça m'est arrivé mais d'en parler, de rencontrer beaucoup de situations difficiles dans ce stage là et c'était difficile pour moi. et difficile pour les équipes aussi. Et du coup on avait des réunions parfois le matin ou même l'après-midi. On prenait le temps de discuter tous ensemble. Tout le monde lâchait son ressenti. C'est ça qui me touche. C'est plutôt ça qui est difficile pour moi, j'ai du mal avec ça (Emma, interne en médecine).

Les extraits de production biographiques d'Emma et d'Élvine¹²⁵ amènent à découvrir que les moments de collaboration entre résidents-es ou internes en médecine sont assimilables à des moments de soutien social entre les pairs, étant entendu que celui-ci supporte le processus d'autorégulation émotionnelle collective (et ici entre résidents-es ou internes en médecine entre eux ou elles). La première étape de ce processus est l'exposition des faits ou d'une brève revue de

¹²⁵ « Rendu à la résidence je pense que j'ai été assez chanceuse, je suis tombé sur une équipe de résidents avec laquelle il y a eu une ambiance agréable qui s'est créée dès le début ou tout le monde communiquait avec tout le monde. tout le monde était très honnête dans les relations interpersonnelles pis ça m'a permis de créer de liens puis d'avoir des gens avec qui partager mon expérience puis à briser un peu plus cet isolement qui était un peu plus présent à l'externat là. Pour moi ça été un gros facteur de résilience de me rendre compte j'étais non seulement loin d'être la seule mais que mon expérience était extrêmement courante. Tous les résidents ont du vivre un cheminement émotionnel semblable à un point de leur formation ».

la situation traumatisante. Il a été démontré que le fait de taire l'événement ou les événements traumatiques comme l'a fait Marjolaine¹²⁶, contribue au maintien des symptômes posttraumatiques mais aussi minimise l'autoefficacité personnelle du sujet (Grevier, 2012). Ainsi lorsqu'Élvine dit : « *tout le monde communiquait avec tout le monde* », cela semble se rapprocher de l'extrait tiré de la production biographique d'Emma à savoir : « *on avait des réunions parfois le matin ou même l'après-midi* ». La seconde étape est l'expression des pensées ou des premières impressions. Étant donné que les personnes ayant subi des événements traumatiques ont tendance à enfouir les pensées et sentiments posttraumatiques, et que ceux-ci¹²⁷ pouvant à un moment ou un autre resurgir sous la forme de problèmes physiques ou alors émotionnels, la prévention du phénomène de reviviscence à travers le soutien émotionnel mutuel permet à l'interne ou au-à la résident-e en médecine de mieux gérer ses émotions ainsi qu'à mieux les rationaliser. En ce sens, l'expression des pensées améliore la qualité du soutien d'autant plus que les pairs-es prennent conscience du ressenti ainsi que de sa potentielle répercussion sur le sujet. Lorsqu'Élvine dit « *ça m'a permis de créer de liens puis d'avoir des gens avec qui partager mon expérience* », cela se rapproche du vécu expérientiel d'Emma, interne en médecine : « *on prenait le temps de discuter tous ensemble* ». La troisième phase est la réaction affective qui réfère à l'évocation par le sujet des aspects du vécu expérientiel ayant eu un grand impact sur sa personne. Ainsi lorsqu'Élvine dit « *tous les résidents ont dû vivre un cheminement émotionnel semblable à un point de leur formation* », cela se rapproche de ce que Emma déclare : « *ces mots-là qui nous ont touché quand elle dit ça. Et puis*

¹²⁶ « Je pense que j'étais trop timide et je subissais les choses que je devais demander de l'aide en fait. Et plutôt d'avoir mal à la gorge pour lui demander de l'aide. Discuter avec plusieurs médecins pour voir comment on peut organiser les choses ».

¹²⁷ pensées et sentiments posttraumatiques

elle me rappelle telle personne. Je l'associe à ça. Ça m'a touché à ce point-là ». Dans ces extraits, le sujet présente les symptômes qui l'affectent ou alors les indices de détresse. La perception de la menace ainsi que la capacité à y faire face constitue la quatrième phase. Ce que l'on peut retrouver dans l'extrait produit par Élvine : *« pour moi ça a été un gros facteur de résilience de me rendre compte que j'étais non seulement loin d'être la seule mais que mon expérience était extrêmement courante »*. Le schéma 21 présente l'autorégulation émotionnelle collective favorisée par le soutien social entre les pairs c'est-à-dire entre internes ou résidents-es en médecine entre eux ou elles.

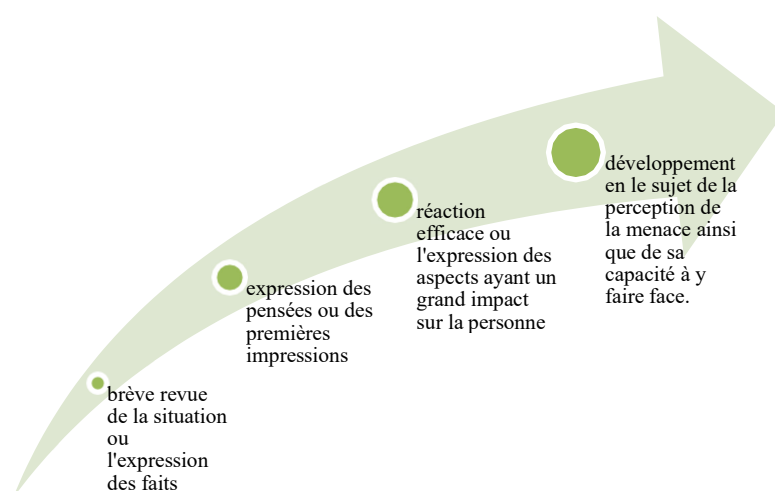


Schéma 21. Autorégulation émotionnelle collective favorisée par le soutien social entre les pairs

Disons à la suite du schéma 21 qu'en dehors de son ami « *interne en médecine* » appelé « *comme un joker* », Marjolaine n'a pas vécu une véritable collaboration avec les co-internes en médecine : « *j'avais pas de co-internes [co-résidents-es]* ». Cette situation d'isolement liée à l'absence de co-internes ou de co-résidents-es en médecine a empêché le développement des stratégies d'adaptation collective contribuant de façon décisive à la cohésion du collectif de

travail : « *les co-internes [co-résidents-es] étaient très importants pour le ressenti pour s'entraider, j'avais pas de co-internes [co-résidents-es]* » déclare Marjolaine, interne en médecine. L'absence de co-internes ou de co-résidents-es témoigne d'une absence d'habiletés collectives devant lui permettre de moduler de façon adéquate les émotions négatives inhérentes aux situations expérientielles traumatiques vécues. Nous connaissons la suite, Marjolaine va se réorienter en santé publique pour des motivations dérivatives. Autrement dit, l'absence de co-internes ou co-résidents-es en médecine a exposé Marjolaine au vécu du rapport à la contrainte mais, exposée à la dévalorisation du soutien social entre les pairs, elle ne pouvait ni affronter la résistance du réel encore moins construire le sens du travail ainsi que celui de la souffrance. Il s'en est donc suivi un manque de confiance lié au fait qu'elle ne s'est sentie ni estimée encore moins intégrée dans le collectif de travail :

en fait à la fin de chaque stage, il y a une validation une évaluation. En pédopsy, on m'a dit tu as mis du temps, tu es devenu auto et à la fin ça s'est bien passé. Mais il m'a dit tu manques beaucoup de confiance en toi. C'est ce qu'elle me disait et eh partout c'est ce qui m'a été reproché (Marjolaine, interne en médecine).

Accusée de manquer de confiance en elle, Marjolaine va poser la question du développement de la confiance en soi alors qu'elle manquait de soutien professionnel: « *j'avais des lacunes. Personne ne m'a donné les clés. Personne ne m'a dit comment il fallait faire pour m'améliorer* » (Marjolaine, interne en médecine). Le sentiment d'isolement qui en ressort ici présente Marjolaine comme exposée au stress susceptible de détériorer aussi bien sa santé physique que mentale.

À la différence de Marjolaine qui a vécu une absence de soutien social entre les pairs, Emma a vécu en plus un soutien social entre médecins séniors-es et jeunes médecins en formation que nous rangerons dans le registre du soutien social intracorporatif:

Ça m'est arrivé sur les fins de vie pour la prise en charge de la douleur. La prise en charge n'était pas du tout adaptée, qu'il ne fallait pas et c'était difficile à mon chef d'entendre que je n'étais pas d'accord avec cette prise en charge. Du coup j'ai essayé de trouver de contourner la vie (Emma, interne en médecine).

On perçoit ici un conflit lié à la prise en charge non adaptée mais plus encore un refus de respecter les consignes du-de la superviseur-e de stages pour s'approprier d'autres consignes données par un-e autre superviseur-e de stage exerçant dans un autre service comme on peut l'observer dans cet extrait : « *Je connaissais quelqu'un en cancérologie qui était spécialisé en fin de vie et je lui ai demandé de l'aide. C'était un médecin* » révèle Emma, interne en médecine. Connaître quelqu'un réfère ici à une relation construite c'est-à-dire des liens d'amitié ou professionnels tissés entre l'interne ou le-la résident-e en médecine et le-la superviseur-e de stage. Le conflit d'autorité qui s'en suit n'est rien d'autre que l'effet causé par l'empiètement par le médecin sénior exerçant en cancérologie (avec qui Emma a tissé des liens) sur ce qui relève des compétences du médecin sénior supervisant Emma en médecine générale. Étant donné qu'« *on est meilleur médecin quand on est droit dans ses bottes. Quand on connaît nos limites aussi. Je pense que c'est ça qui fait qu'on se sent bien dans ce qu'on fait. Il faut être en accord avec ce qu'on fait* » (Emma, interne en médecine), nous associons la cohérence émotionnelle qu'a vécu Emma en situation à une autorégulation émotionnelle supportée par un soutien social intracorporatif

modérateur de stress. Ce processus d'autorégulation émotionnelle du sentiment de culpabilité à la base du conflit avec le superviseur de stages est versé dans le schéma 22 ci-après.

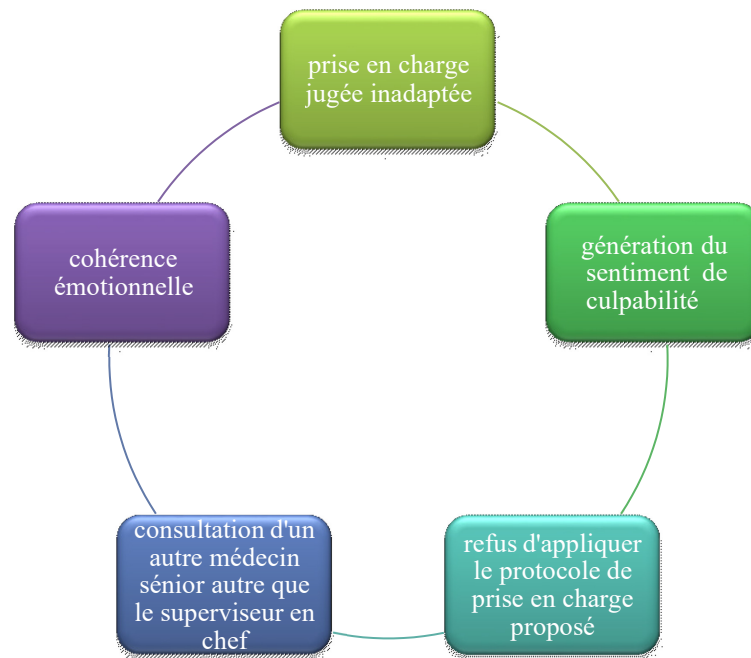


Schéma 22. Autorégulation du sentiment de culpabilité favorisée par le soutien social intracorporatif

Avec William, nous allons observer une incorporation d'un soutien social intracorporatif à un soutien social extracorporatif (soutien social intraextracorporatif) pour autoréguler un affect négatif inhérent à une évaluation négative :

J'avais un stage où pendant une semaine deux semaines, ma patronne était en vacances. J'ai eu une autre. Après quelques jours, elle m'appelle dans son bureau pour me dire qu'elle est inquiète par rapport à mon parcours. Que je serais pas capable de devenir psychiatre. C'était quand même intense. Je n'étais pas le seul à

avoir de problème avec elle. Ce qui fait que à ce moment c'était beaucoup plus d'en parler avec mes collègues. J'étais tellement fâché que je suis sorti dehors un peu (William, résident en médecine).

La réaction de Williams apparaît à une impuissance face à l'autorité de sa superviseure de stage intérimaire. Ce qui a provoqué en lui le besoin d'allègement du poids du ressenti émotionnel. Pour se dégager de ces émotions négatives, il s'est d'abord rapproché de l'infirmière assistante-chef :

l'infirmière assistant chef. Quand je l'ai vu je lui ai parlé de ça dans quel état j'étais. Ce que j'ai su ce qu'elle a appelé celle justement qui m'avait fait ces commentaires là, elle a dit c'était pas correct de me parler comme ça que tout le personnel m'appréciait sur l'étage. Et qu'elle aimait ça travailler avec moi. dans le fond, elle a vraiment pris ma défense (William, résident en médecine).

Prendre la défense de quelqu'un-e n'est rien d'autre que prendre son parti, considérer son point de vue, lui apporter du soutien pour qu'il se sente encore et toujours membre du collectif de travail. Il s'est ensuite rapproché de sa superviseure en chef lorsque celle-ci est revenue de ses congés : « *elle a dit c'est moi qui t'évalue c'est pas elle* » (William, résident en médecine). On peut dire que le lien de confiance que William entretenait avec sa superviseure en chef et l'infirmière assistante lui a permis d'échapper aux repercussions de la remarque négative sur lui et sur son projet de formation. L'échappement à la repercussion négative de la remarque jugée négative sur son cortex psychique est attribué à un soutien social s'apparentant à un moyen faisant partie d'un processus d'autorégulation émotionnelle en plusieurs étapes.

Tout d'abord la dénégation de la remarque négative. Elle se manifeste ici par le refus par William d'une évaluation de son travail par sa superviseure (évaluation pouvant être exacte ou

inexacte). Le fait pour William de quitter les lieux de la prononciation de la remarque négative laisse percevoir un sentiment d'évitement développé par William pour ne pas se trouver confronté avec une situation redoutée. N'oublions pas de dire que William avait fait face auparavant à un déclassement professionnel : « *ça ne marchait pas parce que mon niveau de compétences ils m'ont dit il fallait changer ça* » nous apprend William, résident en médecine. Ne voulant pas reprendre 6 mois de stages, William va anticiper les répercussions psychiques de l'issue potentielle de la remarque négative à lui faite. C'est ainsi qu'il va recourir au collectif de travail pour l'aider dans cette situation qu'il considère comme désastreuse. William adhère à la philosophie du leadership basé sur la compétence qui n'est rien d'autre que la réalisation de la tâche par la personne la plus apte à la faire : « *on travaille en équipe et les objectifs que ça soit moi ou quelqu'un d'autre qui le fasse pour que ça s'améliore ça ne change rien* » confie William, résident en médecine. En ajoutant qu'il « *travaille étroitement avec les équipes* », William considère le collectif de travail autant comme un groupe d'individus travaillant ensemble en vue d'atteindre un résultat commun, qu'un instrument l'aidant à faire face à la conflictualité (résister face aux obstacles auxquels il fait face dans le parcours).

La deuxième étape est le retour au collectif de travail en tant que structure de soutien social à l'autorégulation émotionnelle en contexte interactionnel. Vu dans ce sens, le collectif de travail amène à considérer deux intelligences en interaction dans un collectif de travail. Une intelligence individuelle qui apporte sa contribution à la mise en forme et à l'efficacité de l'intelligence collective. L'intelligence collective quant à elle renforce l'efficacité du système *via* la consolidation des acquis expérientiels. La superviseure intérimaire a trouvé sur place une intelligence collective dans laquelle certaines intelligences individuelles comme celle de William

n'apportaient pas assez à la fortification du collectif. Au lieu de repérer les faiblesses et renforcer la transformation de William, elle a cherché à lui dire la vérité non pour l'aider à se transmuter mais plutôt pour mieux l'assujettir, à le dévaloriser. Or dans le collectif de travail de William, l'on ne procède pas ainsi. Ici celui ou celle qui maîtrise la réalisation d'un acte amène les autres à s'améliorer. En recourant ainsi au collectif, William recherche non seulement une valorisation de sa personne mais aussi une assurance voire un reconfort comme pouvons l'observer dans le schéma 23 ci-après.



Schéma 23. Autorégulation favorisée par le soutien social intra-extracorporatif

Emma a aussi vécu le soutien apporté par le collectif de travail que nous rangeons dans le registre du soutien social extracorporatif. Elle nous enseigne que la relation de service ne s'effectue pas de façon isolée. Le collectif de travail constitue un champ dans lequel le sujet échange, et exprime ses émotions en coulisses. En ce sens, le soutien émotionnel extracorporatif apparaît comme un facilitateur de la régulation émotionnelle comme nous l'observons dans cet extrait produit par Emma :

déjà pour m'aider à me déstresser et puis en plus je n'hésite pas à recourir à l'entourage le matin quand on fait les visites et que l'infirmier qui me suit, je n'hésite pas à lui dire et bien écoutes là c'est compliqué je suis dans le rouge. Je hiérarchise de cette façon. Je vais m'organiser de cette façon pour que ça soit le

plus facile possible. Si toi tu peux m'aider de ton côté fais tout ce que tu peux pour m'aider (Emma, interne en médecine).

On relève ici les éléments soutenant la régulation émotionnelle soit tout d'abord la perception de la situation traumatique « *déjà pour m'aider à me déstresser* » dit Emma, interne en médecine. Le-la jeune médecin en formation est confronté-e à une tâche d'adaptation pouvant s'assimiler à la volonté pour lui de retrouver la perception de contrôle et augmenter par là son estime de soi. Étant donné que les résidents-es ou les internes en médecine intrinsèquement motivés-es ont tendance à développer des illusions positives lorsqu'ils ou elles font face à des facteurs entravant l'atteinte de l'objet-but, il va se générer en eux ou elles, *via* l'attention sélective¹²⁸, la conscience de leur vulnérabilité et par conséquent le recours à l'entourage objectif ici par la demande d'aide pour s'en sortir du péril : « *je n'hésite pas à recourir à l'entourage le matin quand on fait les visites* » ajoute Emma, interne en médecine. La verbalisation du vécu expérientiel émotionnel va matérialiser la volonté pour Emma d'entrer en dialogue avec l'entourage pour que celui-ci l'aide à se sortir. Le processus de verbalisation se passe en deux temps. Tout d'abord l'annonce du problème « *je n'hésite pas à lui dire et bien écoutes là c'est compliqué* », et ensuite l'expression du ressenti ou alors la répercussion du problème sur Emma « *je suis dans le rouge* ». Bandura (2003) nous apprend que les raisons d'agir du sujet vont en congruence avec les croyances qu'il a à produire les résultats escomptés et ici à se sortir du péril, le sujet va procéder par la pratique de l'autopersuasion verbale pour faire comprendre non seulement à l'autre qu'il maîtrise la situation « *j'hiérarchise de cette façon. Je vais m'organiser*

¹²⁸ Capacité du sujet de sélectionner une stimulation en présence d'éléments distrayants.

de cette façon pour que ça soit le plus facile possible » (Emma, interne en médecine) mais aussi pour impliquer l'autre dans le plan de gestion du facteur traumatisant « *si toi tu peux m'aider de ton côté fais tout ce que tu peux pour m'aider »* (Emma, interne en médecine). Lorsqu'Emma déclare que

c'est aussi du fait de se sentir impliqués, être ensemble pour gérer les patients, chacun à nos rôles. Elles font des choses que moi je ne sais pas faire. Et je fais des choses qu'elles ne savent pas faire. Donc on fonctionne en équipe. C'est ça qui les donne envie de m'aider, je pense que c'est ça (Emma, interne en médecine),

Elle fait allusion à une collaboration infirmière-interne/résident-e en médecine traduisant l'implication du personnel infirmier dans le réconfort émotionnel de l'interne ou du-de la résident-e en médecine conditionnée par la prise en compte des facteurs qui ternissent cette collaboration à savoir le manque de solidarité, l'absence d'espaces temps transitionnels et l'absence d'encadrement. Le schéma 24 présente le soutien émotionnel extracorporatif tel que vécu par Emma.

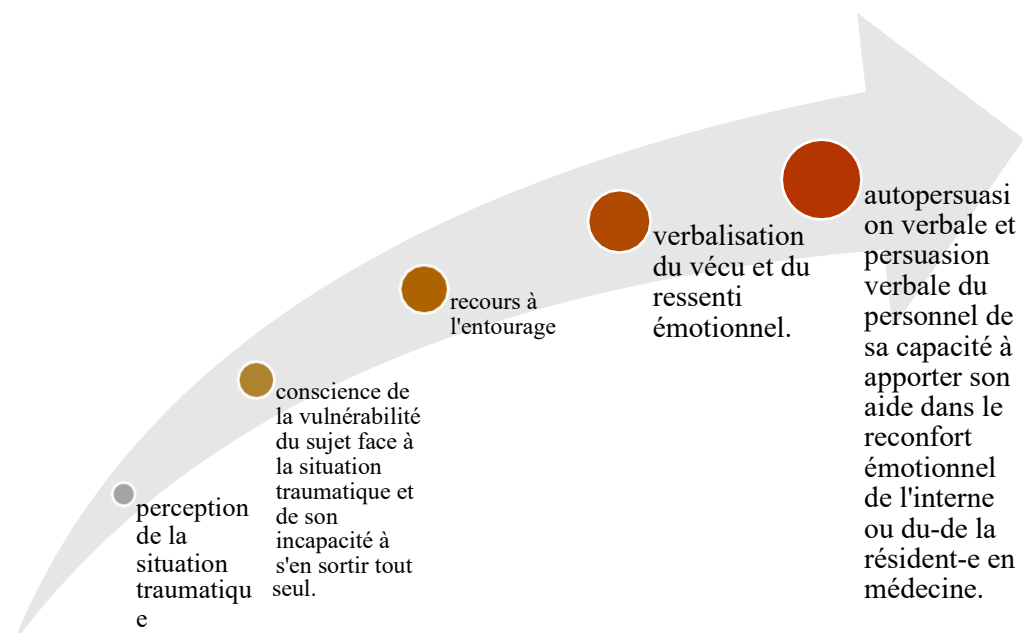


Schéma 24. Autorégulation favorisée par le soutien social extracorporatif

Au total, on dénombre plusieurs qualités émergentes des interactions en situation susceptibles de permettre l'adaptation face à des situations de risque ou d'adversité comme observé dans le schéma 25.

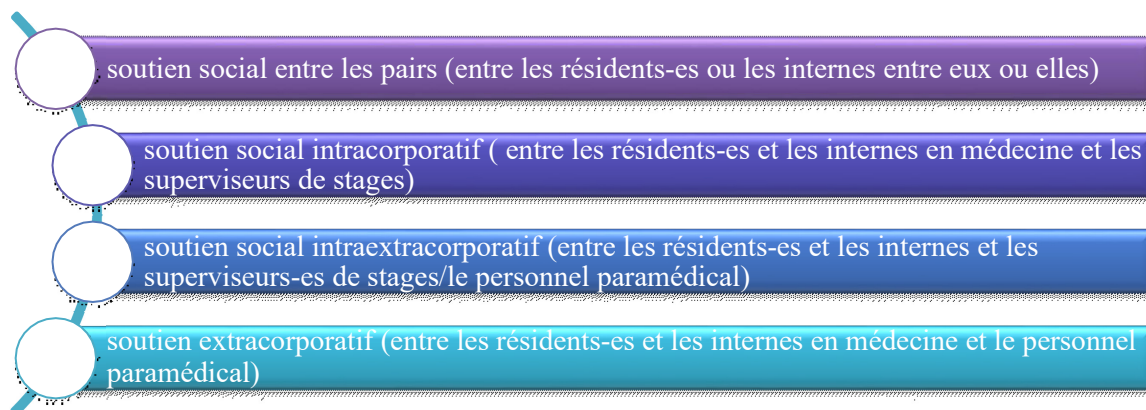


Schéma 25. Les facteurs de protection émergents des interactions en situation de travail

Disons à la suite du schéma 25 que ce soit le-la résident-e ou l'interne en médecine, il ou elle trouve dans l'environnement dans lequel il ou elle passe sa résidence ou son internat en médecine des outils de régulation émotionnelle. Ainsi l'instabilité émotionnelle est associée au manque de moyens face à la complexité de la situation:

je ne m'attendais pas à devoir prendre en charge un schizophrène précoce, à prendre en charge toute seule des enfants qui font des tentatives de suicide dans le service. C'est plutôt ce genre de choses c'est vraiment eh face à des enfants qui ne sont pas bien parce qu'ils sont hospitalisés qui n'arrivent pas du tout à manger, il y a un blocage (Marjolaine, interne en médecine).

Le blocage est lié ici à la situation d'isolement vécu par Marjolaine : « *j'étais toujours toute seule* ». Être toute seule réfère à une situation d'incapacité à demander de l'aide : « *j'avais pas de co-internes* ». Être toute seule réfère aussi à un manque d'encadrement déploré par l'interne ou le-la résident-e en médecine : « *quand je vais faire mes gardes en psychiatrie adulte, je ne connais pas le sénior qui va m'encadrer* » (Marjolaine, interne en médecine). Être toute seule réfère enfin à l'instabilité professionnelle dans laquelle se trouve l'interne ou le-la résident-e en médecine liée à la difficulté de développer des facteurs de protection interactionnels susceptibles de consolider les facteurs de protection individuels sous-jacents : « *il n'y avait pas d'autres internes. Pendant le stage il n'y avait pas d'internes. S'il y avait un bon lien il y avait un manque de confiance en amont. Moi j'étais pas sur de moi je sentais que j'étais stressé* » (Marjolaine, interne en médecine).

Or que ce soit avec William, Emma ou Élvine, la confiance en soi s'installe au fur et à mesure de la durée de l'interaction avec le collectif :

Oh pouf! Avec le temps, la pratique. La première semaine est un peu plus compliquée parce qu'on doute sur tout ce qu'on fait et puis après je te dirais c'est pareil. [...] Donc parler j'ai demandé beaucoup aux infirmières au début, qu'est-ce que vous avez l'habitude de faire? Qu'est-ce qu'on fait dans ce cas-là et puis d'en reparler avec mon chef. [...] Et plus petit à petit en voyant que ça se passe bien que ce que je fais ça passe pas si mal on prend petit à petit confiance et puis au début on s'attaque pas à grand-chose. On ne va pas non plus tout révolutionner, on va par petits pas et plus ça va et plus on se sent un peu plus à l'aise et on se permet de plus de choses (Marjolaine, interne en médecine).

On peut alors conclure que la stabilité et le développement (maintien et renouvellement) des facteurs de protection individuels est assurée par la stabilité et le développement (maintien et renouvellement) des facteurs de protection interactionnels. Aussi le développement des facteurs de protection interactionnels sont indispensables au développement et à la stabilité des facteurs de protection individuels : « *on se sent bien en général quand on se sent bien avec la personne on se sent bien avec l'équipe. Ça se ressent avec les patients, on n'est bien* » (Emma, interne en médecine). On perçoit ici un collectif de travail qui procure du soutien social à l'interne ou au-résident-e en médecine mais aussi qui promeut l'appartenance (identification, intégration). Ce qui permet d'échapper à l'appauvrissement du bien-être individuel et collectif.

Cependant si le-la résident-e ou l'interne en médecine est un-e étudiant-e inscrit-e au 3^e cycle des études médicales, il ou elle est aussi membre d'une communauté dans laquelle il ou elle évolue. En ce sens, les obstacles ou l'adversité rencontrés sur le milieu professionnel peuvent avoir

des repercussions sur le milieu de vie et *vice versa*. Dans le cadre de cette thèse, nous associons les ressources extérieures aux facilitateurs à l'adaptation du-delajeunemédecin en formation aux différents facteurs de risque. Ces ressources extérieures seront appelées facteurs de protection environnementaux en ce sens qu'ils contribuent à renforcer les compétences individuelles et les relations interpersonnelles positives. Le réseau de soutien écosystémique comprend ici le père, la mère, le-la conjoint-e, les amis-es, les professionnels des services sociaux ou de santé accessibles à la-le jeune médecin en formation.

3.1.3. Le développement des facteurs de protection environnementaux

Les internes ou les résidents-es en médecine ont consultés-es à un moment du parcours, des psychologues ou des médecins du fait qu'ils ou elles étaient aux prises avec des difficultés inhérentes à un problème de santé. Marjolaine a consulté un psychiatre qui lui a prescrit un traitement antidépresseur. Cependant, comme elle le dira, « *je me suis rendu compte que tous les traitements n'étaient pas efficaces. J'ai eu des effets secondaires* ». Face au déséquilibre du rapport bénéfice/risque au détriment du bénéfice du médicament antidépresseur, Marjolaine va se trouver face à un dilemme soit rester à Angers ou alors rentrer au village chez sa mère. Son ami étant interne en médecine comme elle, elle a jugé opportun de rentrer au village pour se faire prendre en soin par sa mère malgré le risque de « *me faire engueuler et probablement c'était une mauvaise idée* » et du sentiment de régression que ce retour au village devait engendrer en elle : « *c'est une forme de régression* ». Rassurée par le soutien du conjoint de fait¹²⁹, Marjolaine va s'en aller au village. Contrairement à ce qu'elle redoutait, elle va recevoir ici le soutien de sa mère : « *Elle a*

¹²⁹ « Il dit que pour tout ce que j'ai vécu je suis plutôt courageuse. C'est ce qu'il dit. Que quoi je fasse il m'accompagne. » déclare Marjolaine.

toujours voulu que je n'abandonne pas. Elle m'a toujours dit n'abandonnes pas va jusqu'au bout. Elle a compris que j'avais besoin d'une pause mais elle n'avait pas envie que j'arrête » nous apprend Marjolaine, interne en médecine. On perçoit ici une volonté à continuer et par conséquent une injonction discrète à ne pas abandonner. Le reconfort passe ici par une forme de soutien motivationnel qui peut se décliner en trois étapes soit la concentration sur l'objectif, l'engagement dans les études médicales et la valorisation du sujet *via* sa mise en confiance. La première lacune que l'on peut relever est la persistance de l'ambivalence :

eh en fait pour ma mère elle voyait que je n'étais pas bien mais elle ne voyait pas à quel point je n'étais pas bien et je lui ai dit je vais arrêter je sens que je ne peux plus. Je sens que je ne peux plus voilà (Marjolaine, interne en médecine).

L'ambivalence réfère à la difficulté pour le sujet d'opérer un choix entre deux actions généralement opposées. Marjolaine veut arrêter et sa mère lui demande de continuer, de ne pas abandonner. Cette difficulté d'opérationnalisation d'un choix ambivalent entraîne la deuxième lacune soit la planification des activités devant lui permettre de réussir malgré les difficultés.

Emma a reçu le soutien de son père, médecin sénior¹³⁰. Mais à la différence de Marjolaine, à aucun moment elle n'a été ambivalente. Plus encore, elle a mis en place des stratégies visant à faire face à l'adversité tels que le partage d'expérience facilité par le débriefing¹³¹, la discussion

¹³⁰ « il m'a soutenu. Il m'a beaucoup conseillé. Oui ».

¹³¹ « Si ça m'apporte du soutien. Ça me permet d'expliquer des situations, de partager des expériences » dit Emma.

de cas cliniques entre le père et la fille¹³². Les enfants d'Emma ont été d'une importance particulière sur sa performance dans le parcours comme on peut l'observer dans cet extrait :

Oui je pense et le fait aussi le fait d'avoir des enfants et un conjoint ça m'oblige à ne pas étendre mes horaires ou de rentrer à 22h le soir. Je m'oblige à être efficace la journée pour m'occuper suffisamment tôt pour ma famille alors que par exemple j'ai une copine qui n'a pas de conjoint et qui n'a pas d'enfants et qui va sortir super tard du boulot. Elle passe ses journées au boulot. Je pense que ça ne les aide pas non plus bon à ce qu'on parlait tout à l'heure la soupape, de lâcher et prendre du recul pour tout ça (Emma, interne en médecine).

Les enfants ont constitué à la fois un exutoire émotionnel, une soupape de sécurité et un leitmotiv. Que dire du soutien apporté par le conjoint¹³³ d'Emma? Celui-ci s'est occupé des responsabilités familiales soient l'entretien des enfants (nourriture, vêtements, logement, soins médicaux et chirurgicaux, etc.), l'éducation des enfants (guider les enfants pour les aider à connaître ce qui est mieux pour eux c'est-à-dire les interdits fondamentaux liés à leur socialisation; les aider à prendre des risques dans l'optique de développer leur autonomie; participer à la réalisation de leurs devoirs scolaires, etc.), aider la conjointe à faire la lessive et très souvent, à accompagner les enfants à l'école.

¹³² « Ça n'est pas arrivé de demander deux avis. Mais en général mon père je ne vais pas lui demander son avis. On va en parler comme cela, on va en discuter. Ça m'est jamais arrivé de l'appeler comme cela en disant qu'est-ce que je fais quoi » déclare Emma.

¹³³ « Soit l'un soit l'autre ou du soutien. Il nous aide ou alors ça arrive qu'on a tellement du travail qu'on soit tellement submergé et que le soir on est pas disponible pour le conjoint non plus. On a envie de rien ».

Élvine a bénéficié du soutien de sa mère :

L'examen final de médecine on a un mois pour se préparer pis j'en ai parlé pis tu dois réviser tout ce que tu as vu en 4 ans. J'avais l'impression de n'avoir pas appris. J'en ai parlé à ma mère pis elle m'a proposé les médicaments de mon frère et pis je les ai pris c'était des psychostimulants et pis ça m'a permis d'étudier. J'avais un plaisir, j'ai même redécouvert un plaisir que j'avais à apprendre (Élvine, résidente en médecine).

On observe qu'Élvine, au même titre qu'Emma, voulait continuer le parcours et rechercher les stratégies pour y rester. La consommation des psychostimulants proposée par la mère est antérieure à la proposition de la consommation des psychostimulants. Cela veut dire qu'Élvine pouvait refuser. En acceptant, elle a participé au plan de sauvetage élaboré par la mère.

Au regard de ce qui précède, il ressort plusieurs facteurs de protection environnementaux s'apparentant à plusieurs formes de soutien vécus en situation comme présentés dans le schéma 26 ci-après.



Schéma 26. Les facteurs de protection environnementaux émergents en situation de travail

L'internat ou la résidence en médecine comme formation étant à la fois dotée d'une valeur positive (significativité de la valeur de l'accomplissement ou de la réussite pour le sujet) et d'une valeur perçue négative lorsque le-la jeune médecin n'arrive pas à supporter les coûts perçus, les facteurs de protection environnementaux participent grandement dans la regulation de l'ambivalence dans l'expression émotionnelle comme on peut l'observer dans cet extrait produit par Élvine :

j'avais une baisse de concentration. Je me suis questionné est-ce que c'est parce que je suis stressé est-ce que parce que je ne suis pas intelligente. Est-ce que j'ai un trouble ou un déficit d'attention. [...] Pis l'examen final de médecine on a un mois pour se préparer pis j'en ai parlé pis tu dois réviser tout ce que tu as vu en 4 ans j'avais l'impression de n'avoir pas bien appris. J'en ai parlé à ma mère pis elle m'a proposé les médicaments de mon frère et pis je les ai pris c'était des psychostimulant et pis ça m'a permis d'étudier, j'avais un plaisir j'ai même redécouvert un plaisir que j'avais à apprendre. J'avais envie de lire pis ça me permettait de lire 10 heurs sans discontinue. Pis de dormir me réveiller le matin pis de lire 10 heures sans discontinu 6 jours sur 7 pendant un mois pis j'étais confiante en arrivant à mon examen de bien faire (Élvine, résidente en médecine).

De l'analyse de cet extrait, il ressort qu'Élvine veut continuer dans le parcours mais est bloquée dans son élan par une baisse de concentration qui génère en elle un stress et une dépréciation de ses capacités cognitives « *Je me suis questionné est-ce que c'est parce que je suis stressé est-ce que parce que je ne suis pas intelligente* ». Au lieu de rester dans ce blocage cognitif-

émotionnel comme constaté chez Marjolaine¹³⁴, elle va se rapprocher de sa mère pour rechercher les stratégies à mettre en œuvre pour s'en sortir. Le soutien apporté par la mère a été d'une aide indéniable puisque les médicaments proposés et acceptés par Élvine lui ont permis de retrouver de l'énergie. On parlera ici de l'autorégulation de l'ambivalence émotionnel favorisée par le soutien de la mère comme décliné dans le schéma 27 ci-après.

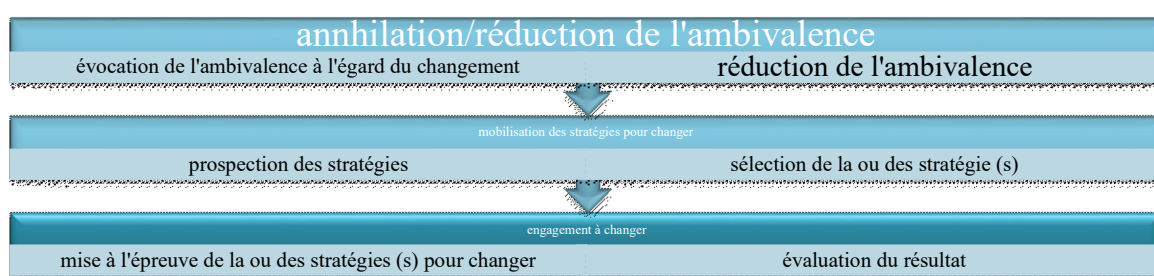


Schéma 27. Contribution du soutien de la mère à la gestion de l'ambivalence émotionnelle

À la suite de ce schéma 27, disons que si les facteurs de protection environnementaux (soutien de la mère, soutien du père, soutien familial) ont joué un rôle important dans la réduction de l'ambivalence affective, leur efficacité ne peut être effective qu'en contexte de conjugaison de ces facteurs avec ceux individuels et interactionnels : « *pour supporter le stress de l'internat dont on a parlé c'est la bonne relation avec son chef, il faut qu'avec l'équipe ça se passe bien. Le conjoint aussi, les amis, l'entourage* » (Emma, interne en médecine). La « *bonne relation avec son chef* » réfère à la confiance attribuée « *au fil du geste. C'est toujours dans l'échange. Je pense que c'est toujours donnant donnant* » ajoute Emma, interne en médecine. Cette confiance, loin d'être désintéressée, est liée au degré d'engagement du-de la jeune médecin en formation dans l'action. Autrement dit plus l'interne ou le-la résident-e en médecine s'engage dans l'action, plus il ou elle

¹³⁴ « *je suis resté trois mois bloqué.* » nous apprend Marjolaine.

acquiert la confiance du-de la superviseur-e de stage¹³⁵. Si l'engagement est une qualité personnelle ou un facteur de protection individuel, la bonne relation aussi bien avec le-la superviseur-e de stages et des autres membres du collectif crée un contexte facilitant l'émergence du soutien social (facteur de protection interactionnel). Seulement, le-la résident-e ou l'interne en médecine est aussi membre d'une communauté dans laquelle il ou elle évolue et qui constitue pour lui une soupape de sécurité. Le soutien ou les conseils apportés par le père d'Emma, le soutien apporté par la mère d'Élvine sont des qualités que l'on peut ranger dans le registre des facteurs de protection environnementaux. Tout ceci nous amène à dire que l'adaptation aux différents facteurs de risque vécus en situation résulte de l'intégration en situation des facteurs de protection individuels, interactionnels et environnementaux contributive à l'adaptation aux facteurs de risque vécus en situation comme observé dans le schéma 28 ci-après.

¹³⁵ « mon superviseur m'a aidé énormément en permettant de faire cela. Je n'ai pas trouvé une autre personne qui a fait cela. J'ai vraiment apporté une nouvelle affaire. J'ai apporté une psychothérapie avec un patient qui était hospitalisé. En général on ne fait pas ça. Il m'a permis de faire. Il m'a fait confiance. Il m'a écouté » révèle William.

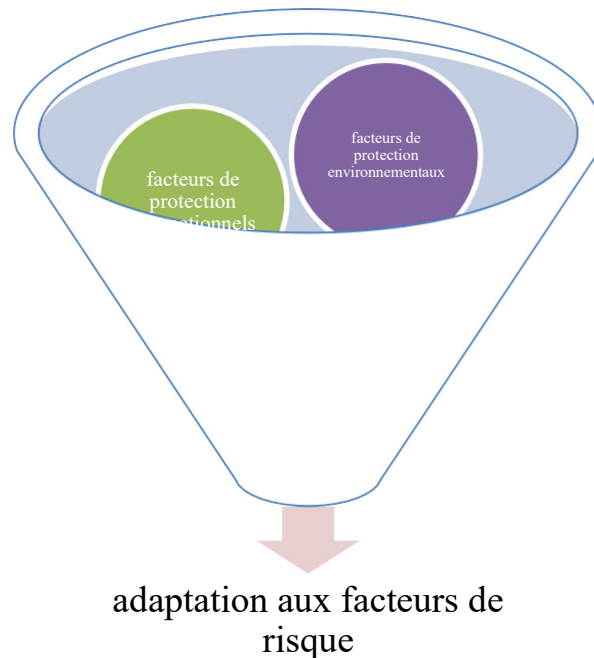


Schéma 28. Intégration des différents types facteurs de protection en situation de travail

L'adaptation aux facteurs de risque est la capacité du sujet à résister face à l'adversité. Il a été reconnu que les expériences de vie négatives parmi lesquelles nous rangeons les événements stressants, sont à même de provoquer des désordres mentaux chez le-la résident-e ou l'interne en médecine. Résister face à l'adversité revient alors à limiter les dégâts soit à minimiser les désordres psychiatriques pouvant subvenir. S'adapter aux facteurs de risque s'apparente au contrôle des risques psychosociaux associés aux revers inattendus ainsi qu'aux circonstances défavorables.

Cependant contrôler et surmonter ne veulent pas dire la même chose. Contrôler réfère à l'action de contenir ses propres réactions ou sentiments. Trivialement contrôler voudrait dire garder ses émotions négatives quelque part dans notre inconscient. Lorsqu'Emma, interne en médecine, dit : « *c'est arriver des internes à pleurer en plein milieu de la visite, qui craque complètement* », cela veut dire que les émotions négatives longtemps refoulées submergent le-la

résident-e ou l'interne en médecine. Par contre, surmonter les émotions négatives s'apparente beaucoup plus à l'obligation pour le-la jeune médecin en formation de vaincre ou transformer ces émotions désagréables parce qu'elles constituent pour lui ou elle un obstacle à son développement. Passer donc de l'action de contrôler les émotions négatives à celle de les surmonter s'apparente ici à passer de l'adaptation à la reconstruction voire à la croissance post-traumatique.

3.2. Nécessité d'une croissance post traumatique

Lorsqu'Emma, interne en médecine, dit : *« J'ai appelé ma chef pour lui dire que là c'était trop. Il y a plusieurs d'autres situations qui m'ont touchées et puis je n'ai plus jamais effondré comme ça. Je pense que j'ai trouvé une certaine distance »*, on constate un processus au cours duquel Emma s'est appuyée sur sa chef en vue de favoriser sa croissance post-traumatique. On parlera ici de « tutorat de résilience » (Kimmésoukié Omolomo, 2016, p.59). Tout au long de ce processus, sa chef a manifesté de l'empathie à l'endroit d'Emma. Sa chef a laissé Emma s'exprimer. En l'écoutant, sa chef a compris à quel point cette situation touchait Emma. S'étant attachée à Emma comme Emma à elle comme on peut l'observer dans cet extrait : *« on s'entendait très bien quand on parlait des relations de confiance tout à l'heure. C'est encore quelqu'un avec qui je suis en contact »*, sa chef s'est engagée à aider Emma à sortir du péril dans lequel elle se trouvait. Quel était ce péril? Emma faisait face à un manque de distance qui a engendré en elle une identification déstabilisante : *« je suis sortie d'une chambre qui m'a touché. J'ai maintenu et à la fin, quand je suis sorti de la chambre, je suis allé m'isoler et puis là je me suis effondré »*. Face à ce risque psychiatrique, Emma a appelé sa chef parce qu'elle a constaté que celle-ci pouvait lui être d'une aide certaine. Loin d'être un simple facteur de protection interactionnel, le soutien de

sa chef a favorisé l'émergence d'une « force motivationnelle » *dixit* Kimmessoukié Omolomo (2016, p.63), ce qui lui a permis de transcender l'adversité à laquelle elle était confrontée.

Cependant le développement de cette force motivationnelle et surtout de son orientation ne peuvent être caractérisé *ex nihilo*. La sortie d'Emma du pérille est attribuée à la considération de cet épisode comme une étape nécessaire à la consolidation de sa compétence émotionnelle. « *Arrivé à prendre du recul sur des situations.* » *dixit* Emma, interne en médecine, c'est surmonter les émotions négatives qui découlent des situations jugées traumatiques. On note ici une « construction de sens » de la souffrance mais aussi d'un « point tournant »¹³⁶ » (*Ibid.*, p.59) de l'expérience d'Emma qui a vécu une croissance post-traumatique.

La force motivationnelle d'Emma, interne en médecine, a été éprouvée lorsqu'elle a eu un conflit avec son superviseur de stage : « *la prise en charge n'était pas du tout adaptée, qu'il ne fallait pas et c'était difficile à mon chef d'entendre que je n'étais pas d'accord avec cette prise en charge. Du coup j'ai essayé de trouver de contourner la vie* ». En quête de conscience tranquille et donc d'évitement du déni du conflit de critères de qualité sur la finalité du travail¹³⁷, Emma, interne en médecine, a outrepassé les consignes de son superviseur et faire valoir ses opinions pour sauvegarder son bien-être psychique : « *Je connaissais quelqu'un en oncologie qui était spécialisé en fin de vie et je lui ai demandé de l'aide. C'était un médecin* » (Emma, interne en médecine). On perçoit ici une quête de cohérence mais aussi l'accessibilité des ressources nécessaires pour surmonter la difficulté à laquelle fait face Emma, interne en médecine. En liant

¹³⁶ Moment ou événement marquant une orientation nouvelle dans la vie du sujet et qui l'aide à croire malgré l'adversité.

¹³⁷ Concept emprunté à Yves Clot (2014).

cette situation d'adversité avec son histoire personnelle¹³⁸, Emma considère sa réaction à l'adversité comme étant une volonté de créer une cohérence et donc de construire le sens de son action.

Comme Emma, Élvine a vécu un tutorat de résilience collective. La rencontre des autres co-résidents-es en médecine a permis à Élvine de prendre conscience de n'être pas la seule à vivre des situations difficiles en résidence en médecine. Le changement dans le fonctionnement psychologique est attribuable à la rencontre des autres co-résidents-es en médecine. Le soutien apporté par les autres co-résidents-es en médecine a favorisé aussi bien l'émergence d'un « point tournant » ou un nouveau départ qu'une force motivationnelle. Ce qui a renforcé les capacités autorégulatrices d'Élvine. Cette force émotionnelle a été éprouvée dans la transmutation affective liée à l'autorité jugée autocratique des superviseurs-es de stage :

mon cheminement ça a été de me dire ces personnes ont l'autorité hé il y a une hiérarchie qui est importante. Ils ne tolèrent pas très bien d'être contredit. Si je veux soulager cette frustration que j'avais à tous les jours de ne pas être capable d'agir comme je voulais agir mais ça a été de laisser faire. D'être complètement soumise et passive à la supervision. [...] cela a vraiment amélioré mes résultats (Élvine, résidente en médecine).

Il ressort ici un développement des mécanismes pour faire face à l'adversité mais aussi une attribution d'un sens à la situation d'adversité vécue.

¹³⁸ « Non on est meilleur médecin quand on est droit dans ses bottes. Quand on connaît nos limites aussi. Je pense que c'est ça qui fait qu'on se sent bien dans ce qu'on fait. Il faut être en accord avec ce qu'on fait. Si je dis, si je dis amen à tous les patients et que si je fais quelque chose dans une consultation qui était à l'opposé de ce que je voulais je ne suis pas bien » (Emma, interne en médecine).

William, suite à l'évaluation négative de son travail ainsi que la prédiction selon laquelle il pourrait ne pas devenir psychiatre¹³⁹, s'est appuyé non seulement sur sa superviseure en chef mais aussi sur l'assistant infirmière chef. En écoutant William et en prenant par la suite son parti, la superviseure en chef et l'infirmière assistante chef ont manifesté de l'empathie en l'endroit de William. En soutenant William, elles ont développé en lui un sentiment d'appartenance au groupe. Elles ont aussi permis à William de percevoir une autre signification à attribuer au collectif de travail. Le collectif n'est pas seulement l'espace dans lequel l'on construit les apprentissages expérientiels, c'est aussi un espace susceptible de protéger l'un-e des membres lorsqu'il ou elle se trouve face à l'adversité. En se servant du collectif comme soutien social, William, résident en médecine, attribue un sens au renforcement de sa collaboration avec le collectif de travail : « *je ne développais pas vraiment des amitiés avec les collègues avec qui je travaillais à l'étage. Mais dans les situations comme cela je pense que ça marchait bien avec l'équipe. Je pense que oui ça m'a vraiment aidé* » à développer ma force motivationnelle ainsi qu'à développer l'habileté à résoudre les problèmes auxquels j'étais confronté :

Je n'étais pas le seul à avoir de problème avec elle. Ce qui fait que à ce moment c'était beaucoup plus d'en parler avec mes collègues. J'étais tellement fâché que je suis sorti dehors un peu. [...] J'ai essayé de les aidés encore plus qu'ils m'ont aidé (William, résident en médecine).

¹³⁹ « après quelques jours, elle m'appelle dans son bureau pour me dire qu'elle est inquiète par rapport à mon parcours. Que je ne serais pas capable de devenir psychiatre. C'était quand même intense. » révèle William.

Au regard de ce qui précède, l'on peut dire d'une part que les facteurs de néo-développement sont développés en situation. Le développement de ces facteurs de croissance objective la volonté du-de la résident-e ou de l'interne en médecine à réussir son parcours de résidence et d'internat en médecine. Les facteurs de néo-développement constatés en situation sont au nombre de quatre comme repertoriés dans le schéma 29 ci-après.

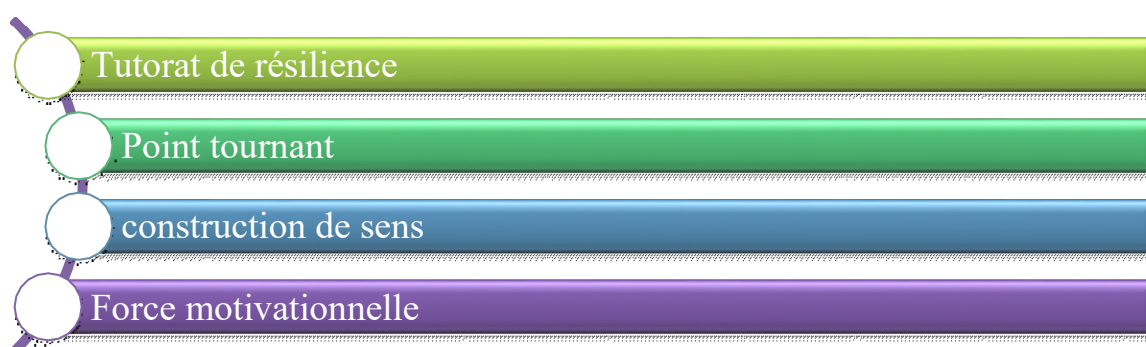


Schéma 29. Les facteurs de néo-développement émergés en situation

On peut aussi dire d'autre part que ces facteurs de néo-développement profitent de l'existence des facteurs de protection interactionnels pour se développer. Mais étant donné que le développement des facteurs de protection interactionnels dépendent de l'engagement dans la relation interactionnelle, et que le sujet apprenant bénéficie aussi du soutien microsystemique (Bronfenbrenner, 1986), on peut dire que le développement des facteurs de néo-développement est tributaire du développement des facteurs de protection. Si nous nous en tenons même à Kimmessoukié Omolomo (2016, p.59), les facteurs de néo-développement en association avec les facteurs de protection, vont « au-delà de la prévention, de l'adaptation ou du maintien de l'équilibre, pour permettre l'émergence d'un nouveau développement, la reconstruction ou le rétablissement, la croissance post-traumatique ».

La croissance post-traumatique ne s'apparente pas à la même vie qu'avant le traumatisme. Ce phénomène qui s'apparente à l'exposition à l'événement traumatique et à l'apprentissage qui s'en suit, est caractéristique d'une diminution de la réactivité et d'une récupération plus rapide en réponse à des traumatismes similaires dans le futur. Nous associons donc la synergie facteurs de protection et de néo-développement à une causalité rétroactive. En ce sens, l'atteinte d'un nouveau niveau de fonctionnement plus élevé devient une nécessité. L'enjeu ici est les défis significatifs auxquels le sujet fait face et qui éprouvent ses ressources adaptatives.

3.3. En quoi la synergie facteurs de protection/facteurs de néodéveloppement s'apparente-t-elle à une causalité rétroactive ?

Parler de ressources adaptatives, c'est faire intervenir deux notions facilitatrices du processus d'adaptation : l'assimilation et l'accommodation. Vygotsky (1978) nous enseigne que plus la durée de transaction du sujet avec son environnement est importante plus son capital culturel est important. Par analogie, plus la durée de la transaction du sujet avec son environnement (social) est importante, plus il acquiert par expérience un répertoire de réponses qui diminue les occasions de l'émotion. Il en ressort de ce qui précède la notion de structures émotionnelles ou structures complexes cognitives-émotionnelles chez Piaget (1981)¹⁴⁰. Ainsi au fur et à mesure que le sujet entre en interaction avec son environnement, ces structures émotionnelles s'intériorisent progressivement pour devenir de plus en plus abstraites. Comme le-la jeune médecin en formation ne commence pas son parcours avec la résidence ou l'internat en médecine, il ou elle ne devient sensible aux nouveaux stimulus émotionnels que si et seulement si ceux-ci sont assimilables aux

¹⁴⁰ pour Piaget, l'être humain élabore peu à peu une hiérarchie de structures cognitives-émotionnelles.

structures cognitives-émotionnelles déjà construites. On perçoit ici une modification et un enrichissement des structures cognitives-émotionnelles par les aléas intégrés en fonction des assimilations cognitives-émotionnelles nouvelles.

Lorsque Marjolaine dit « *je me sentais toute seule par rapport à mes fonctions. J'avais pas de co internes, les co-internes étaient très importants pour le ressenti pour s'entraider, j'avais pas de co internes* » et qu'on observe plus loin dans le discours qu'elle faisait aussi face à un manque d'accompagnement par les superviseurs-es de stages¹⁴¹, on est en droit d'associer sa vulnérabilité psychologique à la dévalorisation des facteurs de protection intractionnels. Dépourvue de soutien social (facteur de protection interactionnel), elle ne pouvait construire le sens de la souffrance. N'ayant pas intégrée les expériences de souffrance comme faisant partie du travail, Marjolaine n'a pas vécu le soutien dans la souffrance comme le point tournant (facteur de néo-développement) de l'expérience traumatique du sujet qui a vécu une croissance post-traumatique. Preuve est de constater que la remarque négative¹⁴² attribuée à sa performance académique a engendré non seulement une effusion émotionnelle¹⁴³ mais aussi un blocage émotionnel : « *Je suis resté trois mois bloquée.* » ajoute Marjolaine. Et le schéma 30 est évocateur parce qu'il associe le blocage émotionnel que vit Marjolaine à la dévalorisation des ressources autorégulatrices.

¹⁴¹ « je me retrouve seul avec des infirmiers et si j'ai une question je dois téléphoner au psychiatre qui est chez lui. Quand c'est quelque chose de somatique, je peux toujours l'appeler mais ce sera difficile pour lui de me répondre. » ajoute Marjolaine.

¹⁴² « j'étais très marqué parce qu'un médecin m'a dit tu vois tu as essayé tu as bien vu que ce n'étais pas fait pour toi. Et je l'ai très très mal pris. Et ça a été très dur de... » dit Marjolaine.

¹⁴³ « Je suis allé aux toilettes j'ai pleuré. » dit Marjolaine.

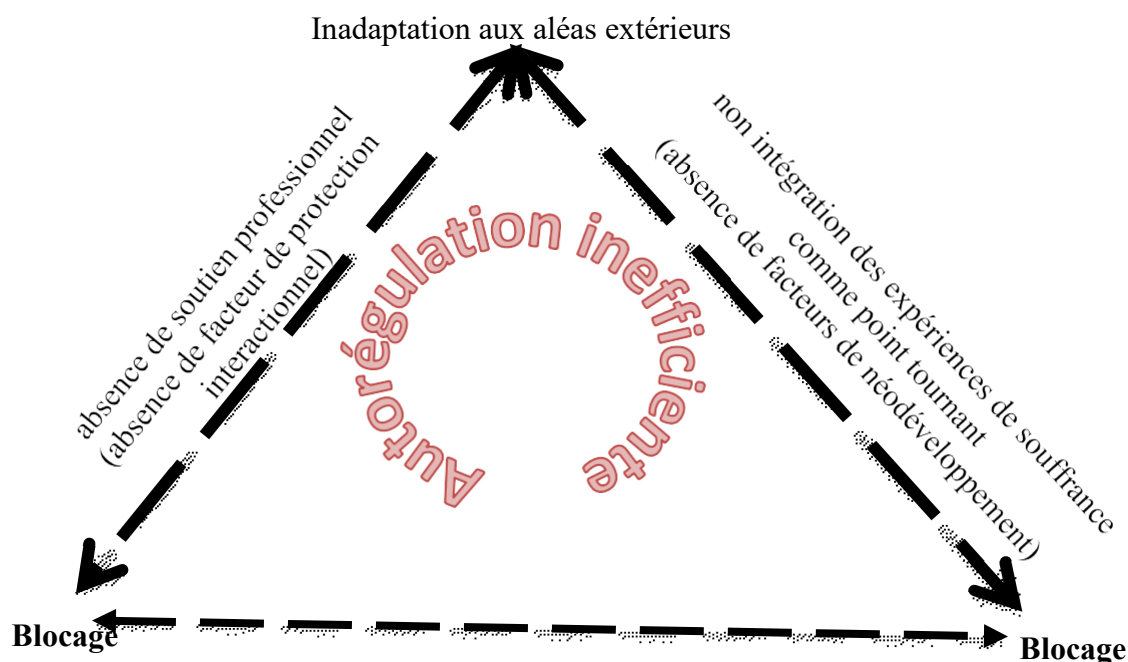


Schéma 30. Explication graphique de la persistance du blocage chez Marjolaine

La perduration de cette situation de dévalorisation des ressources autorégulatrices émotionnelles a engendré chez Marjolaine une immaturité émotionnelle manifestée par son incapacité à cicatrifier les blessures émotionnelles : d'où l'accumulation des réponses négatives aux expériences émotionnelles traumatiques accumulées. Étant donné que la prise des décisions individuelles ne se fait pas seulement par la cognition et la rationalité, les traumatismes « inapaisables » inhérents aux expériences émotionnelles traumatiques accumulées créent en Marjolaine des affects négatifs qui vont influencer négativement la perception de l'environnement. C'est ainsi qu'on va observer chez elle le développement d'un syndrome clinique caractéristique

d'une certaine dégénération : une peur des responsabilités de médecin¹⁴⁴, une baisse de l'estime de soi¹⁴⁵, une dépression¹⁴⁶ et une reviviscence¹⁴⁷ liée à la peur du resurgissement des mauvais souvenirs d'Angers¹⁴⁸.

Ce que nous allons enfermer dans le vocable «désorganisation» ne sera rien d'autre que la situation dans laquelle se trouve le sujet après les expériences émotionnelles traumatiques accumulées. Le sentiment de victimisation vécu et exprimé par Marjolaine traduit une désorganisation profonde :

au niveau familial, au niveau financier. Les problèmes de la mère. J'ai des problèmes de santé. À l'école j'étais un peu une rebelle. Les profs ne m'aimaient pas. j'ai l'impression d'avoir beaucoup toléré cela. Et puis un moment on dit stop j'ai envie de faire un truc que j'aime parce que j'ai beaucoup travaillé pour. Et voila d'être respecté. Je me suis donné le luxe de faire quelque chose que j'aime sans trop souffrir. Quand je dis que je souffre, j'en souffre vraiment. Au point cela m'empêche de profiter de la vie. Je souffre. Ce n'est pas les caprices. Moi depuis que je suis né c'est vraiment un reflet de la souffrance. C'est un peu comme cela (Marjolaine, interne en médecine).

¹⁴⁴ « Ça ne me dérangera pas de travailler dans le milieu paramédical. Parce que nous sommes détachés des médecins. Nous ne sommes plus médecins. J'ai des connaissances médicales. Non c'est pas le problème l'hôpital. ».

¹⁴⁵ « Parce qu'un médecin pour moi il doit être fort et résistant, il ne doit pas montrer ses failles au patient. Il doit être sûr de ce qu'il dit. Et voilà c'est plutôt ça en fait. Moi je ne suis pas faite pour ça. ».

¹⁴⁶ « Des idées noires. Des idées noires. »

¹⁴⁷ « Parce que la ville d'Angers est bien mais j'ai des mauvais souvenirs. Et je ne veux plus entendre parler. ».

¹⁴⁸ « Parce que la ville d'Angers est bien mais j'ai des mauvais souvenirs. Et je ne veux plus entendre parler » affirme Marjolaine, interne en médecine). .

L'association de la désorganisation à la défaillance des ressources autorégulatrices cognitives-émotionnelles (voir schéma 31) implique ici une corrélation de la dégénération à la désorganisation comme représentée dans le schéma 31 ci-après.

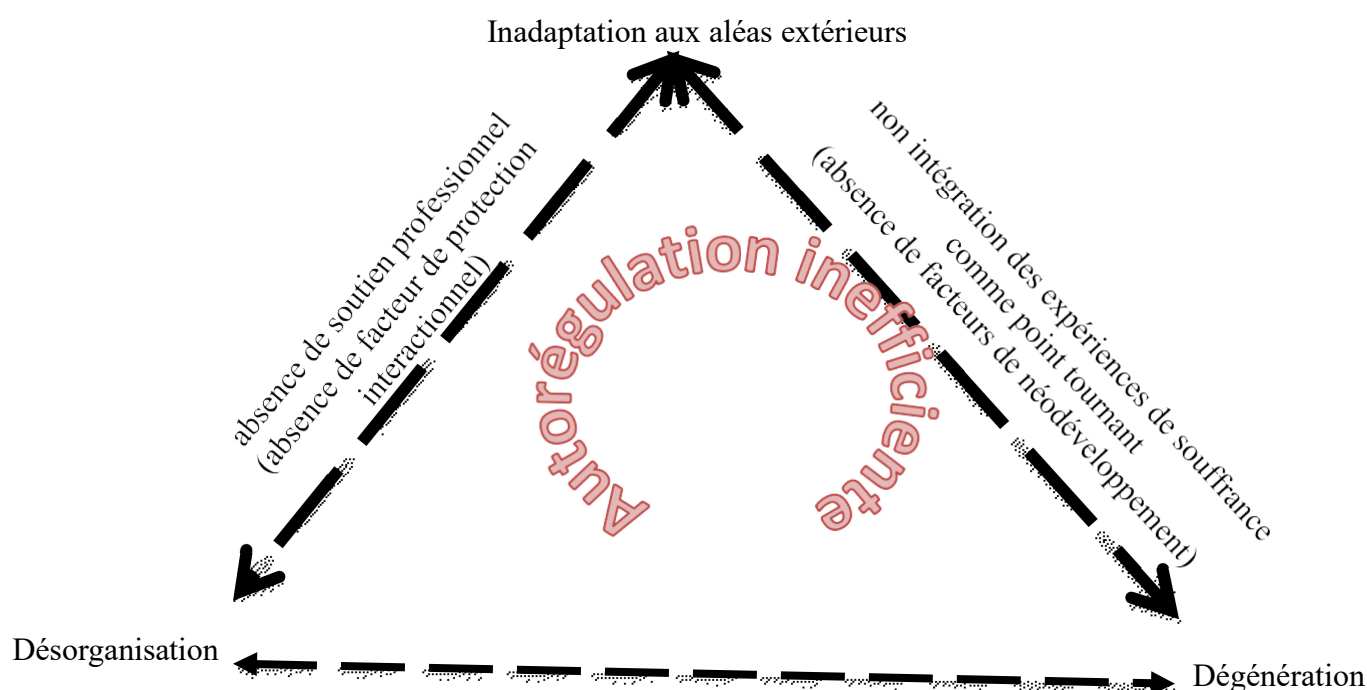


Schéma 31. Association de la dégénération à la désorganisation vécue par Marjolaine en situation

Ce qui ressort du schéma 31 est l'absence de facteurs de protection (soutien) et l'implication de cette défaillance sur l'absence de développement des facteurs de néo-développement. Ce qui contrarie le processus de reprise développementale (dégénération). La dysrégulation cognitive-émotionnelle conduisant la dégénération, celle-ci va entretenir et aggraver la désorganisation : *« Eh non c'est mon caractère. Dès qu'il y a un truc qui ne va pas un échec, j'arrête. C'est mon caractère. Je n'arrive pas à surmonter les difficultés. Après j'ai toujours voulu*

travailler. Je suis en train de chercher une voie par laquelle je sortirai. » confie Marjolaine, interne en médecine. Ce qu'on ne retrouvera pas chez Emma.

Emma dit :

je suis sorti d'une chambre qui m'a touchée. J'ai maintenu et à la fin, quand je suis sortie de la chambre, je suis allé m'isoler et puis là je me suis effondré [...] j'ai appelé ma chef pour lui dire que là c'était trop. Il y a plusieurs d'autres situations qui m'ont touchées et puis je ne me suis jamais effondré comme ça (Emma, interne en médecine).

On constate que la distance retrouvée est liée à l'assimilation qui s'est faite grâce aux structures émotionnelles qui se sont modifiées par accommodations successives : « *Il y a plusieurs d'autres situations qui m'ont touchées et puis je ne me suis plus jamais effondré comme ça* » dit Emma, interne en médecine. On observe alors que l'expérience de soutien social (facteur de protection interactionnel) a favorisé chez Emma une reprise développementale. On observe aussi chez William le soutien aussi bien de son superviseur titulaire¹⁴⁹ que celui de l'infirmière assistante chef¹⁵⁰, suite à une remarque négative¹⁵¹ attribuée à sa performance académique. En servant

¹⁴⁹ « j'en ai parlé à ma patronne quand elle est revenue. Elle a dit c'est moi qui t'évalue c'est pas elle. J'étais dans un épisode. » dit William.

¹⁵⁰ « l'assistante infirmière chef quand je l'ai vu je lui ai parlé de ça dans quel état j'étais. Ce que j'ai su ce qu'elle a appelé celle justement qui m'avait fait ces commentaires là, elle a dit que c'était pas correct de me parler comme ça. que tout le personnel m'appréciait sur l'étage. Et qu'elle aimait ça travaillé avec moi. Dans le fond, elle a vraiment pris ma défense » ajoute William.

¹⁵¹ « j'avais un stage ou pendant une semaine deux semaines, ma patronne était en vacances, j'ai eu une autre, après quelques jours, elle m'appelle dans son bureau pour me dire qu'elle est inquiète par rapport à mon parcours. Que je ne serais pas capable de devenir psychiatre, c'était quand même intense. Je n'étais pas le seul à avoir de problème avec elle. Ce qui fait que à ce moment c'était beaucoup plus d'en parler avec mes collègues, j'étais tellement fâché que je suis sorti dehors un peu. » dit William.

d'appui et de protection à William, la superviseuse de stages titulaire et l'assistante infirmière chef ont favorisé la croissance de William. On parlera ici de soutien de l'assistante infirmière chef et de la superviseuse de stages titulaire qui a facilité la résilience (tutorat de résilience¹⁵²) chez William : *«ça m'a permis de bien comprendre qu'est-ce qui avait pu être difficile pour d'autres avec cette personne là. J'ai essayé de supporter le plus pour aider les collègues après ça.»*

Quant à Élvine, On observe qu'elle tombe en arrêt maladie pour réduire les réactions émotionnelles liées aux manifestations cliniques posttraumatiques ayant pris la forme d'un syndrome clinique : le burn-out ou syndrome d'épuisement professionnel. La relance dans le parcours est associée au développement des facteurs de protection individuels (engagement, volonté, estime de soi)¹⁵³ qui ont engendrés chez elle le développement d'une force motivationnelle (facteur de néo-développement) qui a poussé Élvine à transcender l'adversité à laquelle elle était confrontée : *« j'ai pris des arrêts de maladie pis j'ai réfléchi tout le temps j'ai réfléchi que je vais rester encore un petit peu je vais rester encore un petit peu je vais essayer encore un petit peu et bon voilà.»* nous apprend Élvine, résidente en médecine. Cependant le soutien (facteur de protection interactionnel) apporté par les autres co-résidents-es en médecine a rendu possible chez Élvine la prise en compte de la souffrance en situation comme réalité faisant partie du travail du- de la jeune médecin en formation. Ainsi la rencontre avec les autres co-résidents-es en médecine a constitué pour Élvine un point tournant (facteur de néo-développement) de la reprise

¹⁵² Le tutorat de résilience est un facteur de néodéveloppement.

¹⁵³ « Et puis j'ai finalement décidé de me relancer. Justement parce que je ne voulais pas garder la notion d'échec que je n'étais pas capable..» nous apprend Élvine.

développementale en ce sens qu'elle a construit le sens de la souffrance vécue en résidence en médecine :

Pour moi ça été un gros facteur de résilience de me rendre compte que j'étais non seulement loin d'être la seule mais que mon expérience était extrêmement courante. Tous les résidents ont du vivre un cheminement émotionnel semblable à un point de leur formation (Élvine, résidente en médecine).

La mutabilité procédurale du soutien au point tournant a permis à Élvine de s'accommoder à la souffrance par modification des structures émotionnelles sous l'influence des aléas extérieurs comme observé dans l'exemple ci-après :

si je veux soulager cette frustration que j'avais à tous les jours de ne pas être capable d'agir comme je voulais agir mais ça a été de laisser faire. D'être complètement soumise et passive à la supervision on était dans la contre réflexion quand je vois un patient il y a une partie de moi qui réfléchis qu'est-ce que le patient a quel est le traitement que je trouve le plus pertinent pour lui et qu'est-ce que le superviseur attend de moi dans cette situation-là. Je dois combiner ces deux pensées pour que quand je vais présenter au superviseur je dois lui dire qu'est-ce que je crois qu'il attend de moi pis cela a vraiment amélioré mes résultats (Élvine, résidente en médecine).

De cet extrait, il ressort que la frustration d'Élvine est attribuable au conflit émotionnel s'apparentant à une interférence du but (ou volonté) des superviseurs-es de stages dans le but (ou volonté) d'Élvine. Étant donné que l'importance de la frustration est associée à l'importance de

l'écart entre l'obstruction et la volonté du sujet, Élvine va préférer intégrer l'obstruction. Ce qui va mettre à l'épreuve ces structures émotionnelles. Ainsi lorsqu'elle Élvine dit « *on était dans la contre réflexion* », elle exprime une situation d'obligation à subir le caractère autoritaire de la supervision. Et « *cela a vraiment amélioré mes résultats* » sous entend non seulement une accommodation à la situation de frustration mais aussi une incorporation de la réponse positive à la frustration favorisée ici par la présence des ressources autorégulatrices cognitives-émotionnelles (facteurs de protection et de néodéveloppement).

Si on s'en tient à ce qui précède, l'organisation d'Emma, de William et d'Élvine est attribuable à la possibilité qui leur est offert de se régénérer comme représentée dans le schéma 32 qui associe à la synergie, facteurs de protection et de néo-développement, la causalité rétroactive, celle-ci étant favorisée par une autorégulation.

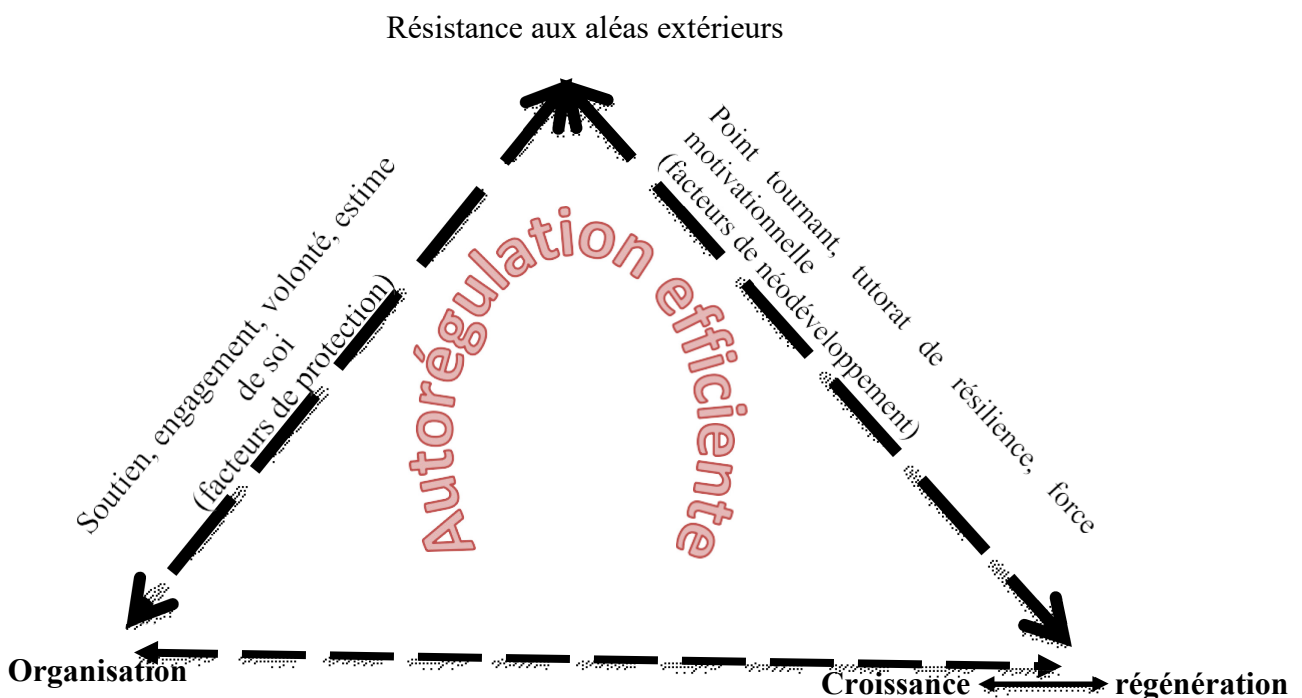
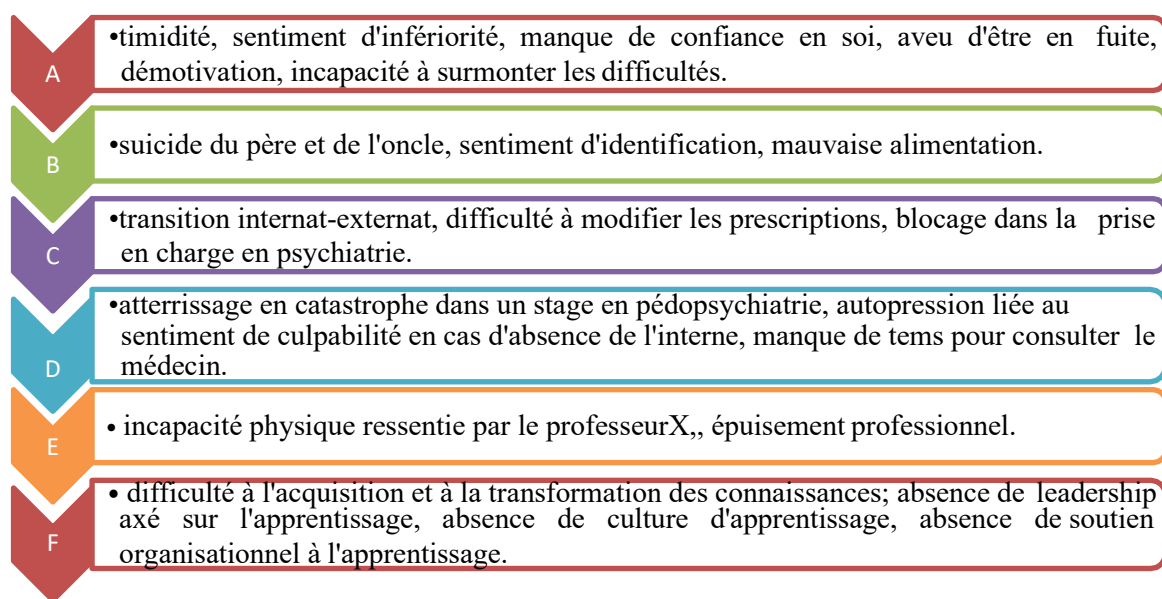


Schéma 32. Synergie facteurs de protection/ néo-développement associée à une causalité rétroactive

Il y a ici idée de communication puisque l'enrichissement en structures cognitives-émotionnelles découle d'un processus interactionnel (sujet ↔ environnement). Les interactions devenant rétroactives, le-la jeune médecin en formation développe de plus en plus de résistance aux aléas extérieurs mais profite de l'annulation de la causalité extérieure (+aléas extérieurs) pour faire émerger son self.

3.4. Causalité rétroactive ou émergence du *self*

À la suite du récit de Marjolaine (voir page 198), nous constatons que plusieurs aléas, rangés dans le schéma 33, ont complexifié le développement des facteurs de protection nécessaires non seulement à la résistance face à l'adversité mais aussi au développement des facteurs de néo-développement.



Légende : A = obstacles dispositionnels; B = obstacles situationnels; C = obstacles informationnels; D = obstacles institutionnels; E = obstacles relatifs l'état de santé; F = obstacles organisationnels

Schéma 33. Les obstacles à l'apprentissage vécus par Marjolaine

Si on s'en tient à l'annexe N faisant évocation des situations et déterminants de la souffrance chez les internes en médecine énoncés par Chiara¹⁵⁴, Rosette¹⁵⁵, Kylian¹⁵⁶ et Eva¹⁵⁷, l'on peut se rendre compte qu'en dehors du sentiment d'identification lié au suicide du père de Marjolaine, tous les internes ou résidents-es en médecine ont été, à un moment ou à un autre, confrontés-es aux obstacles ci-dessus relatés. En dehors des interactions à finalité minimale entre elle et son ami interne en médecine générale et les super infirmiers, Marjolaine était dépourvue de ressources pouvant lui permettre de croître après le traumatisme. La solitude¹⁵⁸ professionnelle que vivait Marjolaine s'apparentait à une exclusion systémique. Or avec Edgar Morin (1981, p.102), « un système est une unité globale organisée d'interrelations entre éléments, actions ou individus ». Si nous nous en tenons à cette définition, nous associons le système au collectif de travail. Dans un collectif de travail, chaque membre du collectif apporte sa contribution à la réalisation du travail collectif. Le soutien apporté dans la réalisation du travail collectif est un moyen de transcendance de l'adversité. Ce qui induit une stabilité émotionnelle *via* le processus d'autorégulation émotionnelle efficiente (voir schéma 32). Lorsque Marjolaine nous apprend qu'il lui a été reproché de manquer de confiance en elle¹⁵⁹, nous attribuons sa marginalisation

¹⁵⁴ Administratif de la faculté de médecine de l'Université d'Angers

¹⁵⁵ Infirmière spécialisée en médecine du travail

¹⁵⁶ Étudiant en 4^e année de médecine à l'Université d'Angers

¹⁵⁷ Médecin sénior et mère d'une interne finissante.

¹⁵⁸ Elle n'avait pas de « co-internes [...] très importants pour le ressenti pour s'entraider » (absence de soutien professionnel). Elle faisait face à la quasi-absence du/de la superviseur-e de stages : « il n'était pas là. Il était chez lui quand on l'appelle. Et c'était toujours par téléphone » (dévalorisation des conditions d'étayage).

¹⁵⁹ «non. En fait à la fin de chaque stage il y a une validation une évaluation. En pédopsychiatrie on m'a dit tu as mis du temps. Tu es devenu auto et à la fin ça s'est bien passé. Mais il m'a dit tu manques beaucoup de confiance en toi. C'est ce qu'elle me disait et eh partout c'est ce qui m'a été reproché. Et du coup c'est très mauvais de ne pas avoir confiance en soi en tant que médecin. Quand on est interne on se dit médecin parce que les infirmiers le ressentent. Les infirmiers on travaille avec eux sauf que eux ils comptent sur nous. Si ils sentent qu'on est pas sûr de nous voilà

systemique à la constatation de son manque d'autonomie : « *je n'arrivais pas prendre des initiatives, j'ai un manque de confiance en moi. Bon en fait objectivement j'étais un peu seule.* » nous apprend Marjolaine, interne en médecine. La corrélation du manque d'autonomie à la difficulté à prendre des initiatives et au manque de confiance en soi va engendrer chez Marjolaine une évaluation de ses actions comme étant en opposition à ses valeurs¹⁶⁰. La réaction est la baisse de l'estime de soi : « *je ne suis pas faite pour ça* » affirme Marjolaine, interne en médecine. En révélant que sa réorientation en santé publique est un stratagème pour éviter les situations angoissantes découvertes ou à découvrir dans le parcours des études médicales de 3^e cycle¹⁶¹, elle nous amène à attribuer son engagement en santé publique à son incapacité à surmonter l'adversité vécue en situation. Le manque d'autonomie de Marjolaine est donc liée à sa désorganisation affective remorquée par la dégénération affective qui s'en est suivie (voir schéma 28). Or avec Edgar Morin (1981, p.259), « l'idée de récursion ne supprime pas l'idée de rétroaction. Elle lui donne plus encore qu'un fonctionnement organisationnel ». L'absence de causalité rétroactive engendrerait chez Marjolaine une dévalorisation de l'expérience de la résursivité comme schématisée dans le graphique 34 ci-après.

en fait c'est toute l'équipe en fait. On a besoin de quelqu'un qui est sûr de ce qu'il dit de ses prescriptions quoi. Vraiment ne pas avoir confiance en toi en médecine c'est un gros défaut.» nous apprend Marjolaine.

¹⁶⁰ Autodétermination, réalisation de soi, accomplissement.

¹⁶¹ «j'ai fait le grand bond en santé publique mais je ne suis pas encore sûr que j'ai fait le bon choix. Je le fais à défaut de faire médecine.» nous dit Marjolaine.

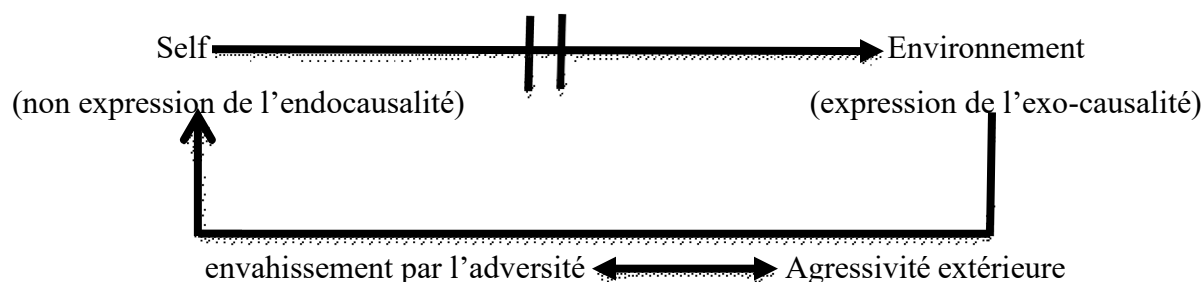


Schéma 34. Dysfonctionnement récursif complexifiant la régénération affective observée chez Marjolaine

Le dysfonctionnement récursif auquel nous faisons allusion figure une situation où les interactions deviennent non productives. L'interne ou le-la résident-e en médecine qui s'engage dans les études médicales de 3^e cycle rencontre en situation des contraintes liées aux exigences constitutives des études médicales, au rapport au sensible. Il en découle ici des risques psychosociaux à l'origine de la souffrance de ces publics. Ainsi le soutien social apporté par l'environnement dans lequel évolue le-la jeune médecin en formation facilite l'accommodation aux contraintes à l'origine de la souffrance des futurs-es médecins.

Le-la résident-e ou l'interne en médecine descend sur le terrain de la pratique avec des connaissances qui lui permettent de travailler dans un environnement supervisé. Étant bien entendu que travailler ce n'est pas seulement transformer l'activité mais c'est aussi vivre le rapport à la contrainte. Ces difficultés imprévisibles rencontrées tout au long de la réalisation de l'activité et qui amènent à considérer la souffrance inhérente à l'affrontement de la résistance du réel, nous les rangeons dans ce que nous avons appelés dans les schémas 27, 28 et 29, aléas extérieurs (faisant partie de l'environnement) qui sont maîtrisées lorsque le soutien fonctionne de façon optimale.

S'il est certain que le soutien social exerce un effet médiateur entre les risques psychosociaux et le burn-out (Duquette, Kérouac, Sand, Saulnier et Lachance, 1997), le manque de soutien social est relié aux degrés importants d'exposition aux risques psychosociaux :

je ne m'attendais pas à devoir prendre en charge un schizophrène précoce, à prendre en charge toute seule des enfants qui font des tentatives de suicide dans le service c'est plutôt ce genre de choses c'est vraiment eh face à des enfants qui ne sont pas bien parce qu'ils sont hospitalisés qui n'arrivent pas du tout à manger, il y a un blocage on se sent un peu plus comment dire eh on a pas les moyens comme si on ne pouvait pas les aider comme si on avait pas tous les outils pour les aider (Marjolaine, interne en médecine).

Ce que nous appelons *self* désigne l'endocausalité objectivée par une stabilité émotionnelle ou organisation affective. Le maintien de l'organisation affective est tributaire de l'émergence d'une causalité rétroactive ou rétroaction régulatrice qui s'exprime en cas d'agression extérieure. Si l'émergence du *self* ou endocausalité est facilitée par l'émergence de la causalité rétroactive, cela veut dire que l'annulation de la causalité extérieure (environnement) favorise le fonctionnement harmonieux de l'endocausalité et de l'exo-causalité. C'est ce qu'Emma veut dire lorsqu'elle évoque une réussite de l'internat ou résidence en médecine liée à la cohésion dans le collectif de travail :

je crois que c'est en dehors de tout ce qui est temps de travail je pense c'est surtout la cohésion avec les autres membres de l'équipe, l'internat c'est la cohésion avec

son chef. L'équipe paramédicale aussi aussi il faut se sentir bien avec ses chefs, il faut se sentir bien avec ses co-internes (Emma, interne en médecine).

L'endocausalité et l'exocausalité agissant en relation complexe (complémentarité, concurrence) l'une avec l'autre, le maintien de l'intégrité organisationnelle est assurée par l'impératif de récursivité schématisée par le graphique 35 ci-dessous.

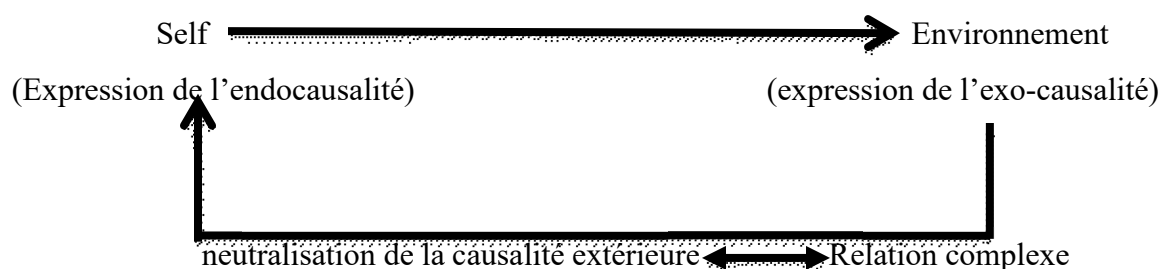


Schéma 35. Fonctionnement récursif optimal

William a vécu l'expérience de récursivité comme impératif supportant le-la jeune médecin tout au long du processus de capitalisation des connaissances professionnelles :

mon superviseur m'a aidé énormément en me permettant de faire cela. Je n'ai pas trouvé une autre personne qui a fait cela. J'ai vraiment apporté une nouvelle affaire, j'ai apporté une psychothérapie avec un patient qui était hospitalisé. En général on ne fait pas ça. Il m'a permis de faire. Il m'a fait confiance. Il m'a écouté (William, résident en médecine).

Ce que William appelle innovation s'inscrit dans le registre des expériences épisodiques c'est-à-dire des situations cliniques singulières rencontrées dans l'expérience et qui viennent bousculer les expériences sédimentées (Rogalski et Leplat, 2011). Cette accumulation de

nouveaux savoirs expérientiels a été facilitée par le recours au soutien émorionnel et professionnel pour diminuer la menace qu'est la détresse psychologique inhérente à ce processus d'accumulation expérientielle. La capitalisation des connaissances se faisant par continuité transactionnelle de l'expérience, l'habituatation aux situations de stress est tributaire de l'incorporation des réponses aux situations de stress. Ainsi en s'assurant que les expériences d'apprentissage proposées au-à la jeune médecin en formation se rapprochent le plus possible des expériences authentiques de travail, le-la superviseur-e de stages s'assure que les expériences de travail actuelles utilisent les connaissances issues des expériences passées pour en créer de nouvelles utilisables dans de nouvelles occasions. Le-la superviseur-e de stages provoque, sans s'apercevoir et simultanément, une modification et un enrichissement des structures émotionnelles par les aléas intégrés en fonction des assimilations émotionnelles nouvelles.

3.4.1. Le-la futur-e médecin, une analogie du système ouvert

Le dysfonctionnement récuratif (voir schéma 34) que vivait Marjolaine empêchait les possibilités de soutien social nécessaires à la capitalisation des connaissances professionnelles et l'enrichissement en ressources autorégulatrices comme on peut l'observer dans cet extrait duquel ressort un manque d'encadrement : *« c'est pareil pour les responsables, ils m'ont vu en difficulté, ils n'ont rien fait. Et après c'est à moi de faire les démarches. Je n'ai pas fait la démarche. »* confie Marjolaine, interne en médecine. Certes le manque d'encadrement témoigne d'un certain isolement de l'interne ou du-de la résident-e en médecine. Cela témoigne aussi d'une certaine dévalorisation de l'expérience. La perception de l'isolement professionnel impliquant une situation mentale d'empêchement de développement des connaissances professionnelles et

d'habitation aux situations stressantes, la désorganisation affective de Marjolaine va s'objectiver par l'expression d'une certaine insécurité affective : « *je n'arrivais pas à prendre des initiatives, j'ai un manque de confiance en moi* » nous apprend Marjolaine, interne en médecine. Il va même s'en suivre une association du manque de confiance en ses capacités ou mieux encore en son potentiel et la tension, le stress et l'anxiété : « *moi je n'étais pas sûre de moi. Je sentais que j'étais stressée. Je donnais souvent mon avis et eux sont habitués aux internes qui sont autonomes qui se débrouillent tout seul* » ajoute Marjolaine, interne en médecine. Le sentiment d'impuissance que développe Marjolaine démontre une certaine forme de dépendance aux superviseurs-es de stages. Il s'objective aussi par une perception de son infériorité par rapport aux autres jeunes médecins en formation. Déconsidérée par les superviseurs-es de stages et affectée par la difficulté à la réflexion liée à l'absence des co-internes en médecine, il va s'avérer difficile pour Marjolaine d'assumer les conséquences de ses actes puisque dépourvue de soutien amortissant les effets des affects négatifs. Au vu de tout ce que nous venons de dire, nous attribuons la défaillance réursive que vivait Marjolaine à une dévalorisation des ressources autorégulatrices. L'évitement émotionnel, caractéristique d'un délitement émotionnel, est objectivé par une conduite à agir par anticipation pour éviter les risques psychosociaux rencontrés ou à rencontrer en situation clinique : « *autant j'adore aider les gens, les soigner, j'adore ce qui est médical. Je ne veux pas avoir les responsabilités d'un médecin. Je ne veux pas être médecin en fait.* » renseigne Marjolaine, interne en médecine. L'association de la dégénération affective à un dysfonctionnement de la boucle réursive (voir schéma 34) entretient quelque part une désorganisation affective contributive à une complexification de la production-de soi comme représentée dans le schéma 36 ci-dessous.

point tournant) et relationnelles (tutorat de résilience, soutien, etc.) auxquelles vont s'ajouter d'autres ressources matérielles (carnet de bord, etc.) que nous découvrirons plus loin dans le texte lorsque nous aborderons le chapitre sur l'autodirection. Le vocable autorégulation va référer à la capacité qu'a le-la résident-e ou l'interne en médecine de réguler lui-même ou elle-même les usages des ressources autorégulatrices et ceci au regard des buts fixés. Parler alors d'autorégulation émotionnelle inefficace reviendrait à dire que la désorganisation affective de Marjolaine est attribuable à la difficulté qu'éprouve cette jeune médecin en formation à développer des ressources autorégulatrices devant soutenir la mobilisation active et durable des connaissances et des stratégies d'apprentissage. Ce qui pose la question des déterminants motivationnels sous-tendant la persévérance dans le parcours de résidence ou d'internat en médecine.

Si nous nous en tenons à ce qui précède, les ressources autorégulatrices sont incorporées en situation :

ça s'accumule vite. On est obligé de faire un choix pis on est pas capable de tout faire si c'était l'idéal qu'on le fasse. Je n'ai pas une liste d'objectifs par journée, j'ai une liste d'objectifs urgent moyen terme puis long terme. Pis je m'organise en faisant des listes puis je me dis qu'est-ce que je dois faire aujourd'hui puis j'essaie de classer dans mon horaire (Élvine, résidente en médecine).

La mobilisation en situation des ressources cognitives-émotionnelles accompagne Élvine dans le développement d'une ressource matérielle autorégulatrice que nous enfermons sous le vocable 'hiérarchisation des activités par listes d'objectifs'.

Les subtilités utilisées par ces jeunes médecins en formation pour surmonter les tensions subies et les obstacles traversés sont liées aux ressources autorégulatrices émotionnelles qui vont non seulement stabiliser l'organisation du sujet mais aussi qui vont soustendre la persévérance dans le programme de résidence ou d'internat en médecine. Vu sous cet angle, l'autorégulation émotionnelle détient une double définition. Celle de la capacité du sujet à développer des mécanismes pour s'ajuster au mode de fonctionnement au sein d'un collectif de travail. Et celle d'assurer son propre fonctionnement au sein d'un collectif de travail. William, résident en médecine, a reçu une remarque négative. Pour éviter de réagir de façon négative ou d'associer la diminution de son estime de soi à cette évaluation négative, il s'est tout d'abord rapproché de :

l'assistante infirmière chef quand je l'ai vu je lui ai parlé de ça dans quel état j'étais. Ce que j'ai su ce qu'elle a appelé celle justement qui m'avait fait ces commentaires là, elle a dit que c'était pas correct de me parler comme ça. que tout le personnel m'appréciait sur l'étage. Et qu'elle aimait ça travaillé avec moi. Dans le fond, elle a vraiment pris ma défense (William, résident en médecine).

Il s'est ensuite rapproché de son superviseur chef titulaire : « *j'en ai parlé à ma patronne quand elle est revenue. Elle a dit c'est moi qui t'évalue c'est pas elle.* ». On observe chez Emma, interne en médecine, le refus d'appliquer un protocole jugé inadapté. Pour éviter de vivre une souffrance psychologique liée au déni du conflit de critères de la qualité sur la finalité du travail (syndrome de culpabilité), elle va se rapprocher d'un-e autre médecin sénior-e qu'elle juge mieux outillé-e dans le domaine de la médecine dans lequel s'inscrit le cas clinique en présence. Ce qui

ressort des deux situations, ce sont les interactions¹⁶² avec l'environnement contributive à l'émergence d'une auto-organisation active.

3.4.2. Complexité systémique et auto-organisation

Pour mieux saisir la notion d'auto-organisation, il faudrait la lier avec celle de complexité systémique. Comme il est impossible de réduire le collectif de travail aux membres le composant, il est aussi impossible de réduire le collectif de travail à chaque membre qui en fait partie. Lorsqu'Élvine dit « *les seules fois où j'étais plus autonome c'était dans les gardes de nuit où le patron n'est pas sur place. Là il y a certaines décisions qu'on doit prendre seul. Je trouve que ça a aidé à développer mon autonomie* », elle nous autorise à dire que chaque membre du collectif de travail possède une autonomie d'organisation et d'action. Lorsqu'elle ajoute « *mais c'est quelques journées dans la résidence* », elle nous autorise aussi à dire que les antagonistes au sein du collectif de travail participent à l'autorégulation¹⁶³ comme on peut l'observer dans cet extrait produit par Élvine dans lequel elle évoque une accommodation aux situations stressantes *via* le processus de déconstruction de la pensée du-de la jeune médecin en formation :

Le but de la supervision est qu'il faut que je raconte le superviseur me dit est-ce que tu as pensé à telle chose est-ce que tu as questionné telle chose. Est-ce que tu es sur que ce n'es pas autre chose. C'est quoi les examens que tu ferais et pis pour quoi. Tu veux faire une radiographie de l'abdomen pourquoi qu'est-ce que tu cherches pourquoi tu ne proposes pas plutôt ce traitement là et puis on essaie de

¹⁶² Réactions, transactions, rétroactions.

¹⁶³ (maîtrise du comportement, des pensées et des émotions pour réussir les expériences d'apprentissage)

justifier pourquoi on ferait ça en premier lieu parce qu'on ne pense pas vraiment pas que c'est une thrombophlébite je pense à autre chose. Tel traitement peut être dangereux pour lui. On commence par quelque chose de prudent je pense que c'est surtout comme ça que l'apprentissage est construit. Ils essaient de déconstruire notre mode de pensée par rapport aux problèmes par rapport au traitement (Élvine, résidente en médecine).

Le-la superviseur-e de stages effectue une remédiation pédagogique lorsqu'il ou elle cherche à pallier les lacunes d'apprentissage. Cependant, cette remédiation peut être perçue par le-la jeune médecin en formation comme une dévalorisation de son travail :

En général il y a moins de soucis et tout se passe très bien. Parfois il reprend la visite en main et il le fait tout seul. Il fait comme il a envie. Il démonte tout ce que tu as fait. Il fait comme il a envi et voila (Emma, interne en médecine).

Ce qui est certain c'est que le-la superviseur-e de stages remédie généralement à une situation d'apprentissage où le-la jeune médecin en formation n'a pas assimilé un contenu.

On peut alors dire que l'ouverture de l'interne ou du-de la résident-e en médecine vers les autres (superviseur-e de stage, co-internes ou co-résidents-es en médecine) ne peut être caractérisé *ex-nihilo*. Elle est associée à une capitalisation des connaissances facilitée par la réflexion sur les connaissances antérieurement capitalisées :

je savais que c'est ça qui s'en venait. Dans le fond c'est aussi comme ça. Mais quand on écrit une évaluation on a l'impression qu'on écrit nos impressions, on

écrit ce qu'on a constaté. La seule chose c'est que on n'a pas la possibilité de le faire pour que cela soit une prescription valide. Mais à l'hôpital ça ne fait pas une grosse différence. J'avais déjà l'impression de prescrire et il y a quelqu'un qui signe pour moi (William, résident en médecine).

Le-la jeune médecin en formation ayant discuté avec le-la superviseur-e de stages du protocole médical dans telle situation clinique, demande à son-sa résident-e ou son interne de lui faire un compte rendu de la situation, une sorte d'évaluation des compétences du-de la futur-e médecin vérifiées par l'évolution de l'état clinique du-de la client-e. Trois cas de figures peuvent se présenter. Premier cas : la situation clinique évolue mal. Ce sont des remarques négatives comme nous pouvons l'observer avec Marjolaine confrontée à la quasi-absence des superviseurs-es de stages : *« un médecin m'a dit tu vois tu as essayé tu as bien vu que ce n'étais pas fait pour toi. Et je l'ai très mal pris. Et ça a été très dur de... »*. Cette démotivation du-de la jeune médecin en formation la prédispose à une sorte d'incertitude, une sorte de remise en question, un blocage : *« du coup ça m'a fait très mal et du coup j'ai eu un blocage. J'ai eu un blocage pendant trois mois. Donc en fait c'était à cause de ça [...] je suis allé aux toilettes et j'ai pleuré »* (Marjolaine, interne en médecine). Les pleurs réfèrent ici au chaos vocationnel associée à une identité rejetée¹⁶⁴. Deuxième cas de figure : l'acte posé par le-la futur-e médecin a un impact positif sur l'évolution du-de la client-e. Le-la jeune médecin en formation est complimenté-e parce qu'il ou elle a réussi à mettre en pratique les consignes du-de la superviseur-e de stages comme révélé par Marjolaine : *« il y a certains internes qui vont faire un très bon travail et du coup ils sont complimentés »*. Si

¹⁶⁴ « non j'étais intéressé par d'autres choses. J'adorais les maths. Même l'architecture me plaisait. Beh voilà. Je pense que j'aurai fait des maths. J'aurais pas du tout fait médecine ».

faire un bon travail dispose l'étudiant-e en médecine inscrit-e au troisième cycle des études médicales à une remarque positive, elle traduit quelque part une considération de l'interne ou du-de la résident-e en médecine liée à un investissement en contexte. Seulement l'interne ou le-la résident-e en médecine qui entre aujourd'hui en interaction avec son-sa superviseur-e de stages a achevé un premier et un second cycle des études médicales au terme duquel il ou elle a capitalisé des connaissances le-la rendant apte à fonctionner dans un milieu clinique supervisé¹⁶⁵. Il en ressort ici une remédiation pédagogique s'apparentant à une ouverture du-de la jeune médecin en formation sur l'environnement (superviseur-e de stages) afin de s'approvisionner en connaissances nécessaires au processus d'appropriation de l'acte de prescrire. Il en ressort aussi que l'appropriation de l'acte de prescrire est facilitée par une régulation rétroactive. Le rétroactif traduisant ce qui s'exerce sur le résultat d'une activité antérieure, la régulation par rétroaction s'apparente à une réflexion interactionnelle sur ce qu'on détient en termes de connaissances.

Troisième cas de figure : le-la futur-e médecin a des connaissances et celles-ci lui permettent de douter¹⁶⁶ de celles des autres superviseurs-es de stages comme nous pouvons le constater dans cet extrait duquel émane un conflit lié à la prise en charge jugée sous optimale :

Ça m'est arrivé sur les fins de vie pour la prise en charge de la douleur. La prise en charge n'était pas du tout adaptée, qu'il ne fallait pas et c'était difficile pour

¹⁶⁵ « C'est l'externat qui nous prépare beaucoup plus. Qu'est-ce qu'il faut faire en tant que résident. Mais je dirais que l'une des difficultés avec la résidence au début là, j'ai fait une année ou je faisais des stages en neurologie, médecine interne, en urgence en médecine de famille. Pendant cette année-là, c'est vraiment variable d'une année à une autre. De façon qu'on est préparé à la résidence. D'un côté le fait que j'ai eu à m'adapter à beaucoup de milieux, ça m'a aidé après ça de plus en plus à m'adapter à un nouveau milieu. » témoigne William.

¹⁶⁶ Doute cartésien

mon chef d'entendre que je n'étais pas d'accord avec cette prise en charge. Du coup j'ai essayé de trouver de contourner la vie (Emma, interne en médecine).

Si le conflit témoigne de la violence des milieux professionnels, « contourner la vie » comme l'a fait Emma réfère à une prise de pouvoir du-de la jeune médecin en formation sur son aptitude à satisfaire par soi-même ses besoins : « *je connaissais quelqu'un en cancérologie qui était spécialisé en fin de vie et je lui ai demandé de l'aide.* » (Marjolaine, interne en médecine). Connaître quelqu'un en cancérologie ne voudrait pas dire limiter la transaction à l'amitié c'est-à-dire à un sentiment réciproque d'affection ou de sympathie non fondé sur la parenté ni sur l'attrait sexuel. Connaître quelqu'un c'est avoir perçu au décours de la transaction avec lui que ce qu'il possède en termes de connaissances est non seulement supérieur aux siennes mais aussi que son approche médicale convient aux aspirations du sujet qui voudrait s'en approprier.

Dans le premier conflit, celui d'Emma et de son superviseur de stages, l'on a observé une dérivation stratégique afin de s'approvisionner en connaissances. On assiste plutôt chez Élvine à un recroquevillement sur soi stratégique pour échapper aux remarques négatives¹⁶⁷. L'assimilation/intégration des forces externes (agressives) à la vitalité/révitailisation organisationnelle témoigne de la capacité d'Élvine à contrôler les leviers conduisant à la régulation de l'agression exercée par les forces externes. Edgard Morin (1977, p.134) ne dira rien d'autres lorsqu'il avance que : « toute organisation dans le sens où elle empêche aussi bien l'hémorragie

¹⁶⁷ : « *Je dois combiner ces deux pensées pour que quand je vais présenter au superviseur je dois lui dire qu'est-ce que je crois qu'il attend de moi pis cela a vraiment amélioré mes résultats.* ». Et la réaction des superviseurs-es : « *Ils ont essayé de voir on sent que tu es vraiment mur, que tu t'est vraiment amélioré on sent que tu es relax que tu es en contrôle de tes choses pis la seule revendication que j'avais faite c'est de ne plus le contredire.* » déclare Élvine.

du système dans l'environnement que l'invasion de l'environnement dans le système, constitue un phénomène de clôture ».

Le lecteur ou la lectrice peut présenter la fermeture organisationnelle d'Emma comme facilitée par la présence du père médecin sénior qui « *connaît tout le monde.* »¹⁶⁸. Loin de là. L'appel du père en phase post-situationnelle semble s'apparenter à une régulation rétroactive, un partage d'expériences post-situationnel au cœur duquel se trouve la discussion (*disputio*) organisée selon un schéma dialectique sous la forme d'un débat scientifique médical oral entre le père médecin sénior et la fille, jeune médecin en formation : « *mon père je ne vais pas lui demander son avis. On va en parler comme cela, on va en discuter* » (Emma, interne en médecine). La confrontation d'Emma avec son père est une ouverture informelle, elle soutient la fermeture formalisée avec les superviseurs-es : « *oui ça m'apporte du soutien. Ça me permet d'expliquer des situations, de partager des expériences* » (Emma, interne en médecine).

Au regard de ce qui précède, l'on peut prévoir une séquentialisation de fermeture et d'ouverture organisationnelle (voire schéma 37) témoignant d'une certaine marge de manœuvre auto-octroyée.

¹⁶⁸ Comme nous l'apprend Emma, la présence du père sera utilisée à bon escient dans le processus de réflexion, de retour sur l'action : « *je ne l'ai jamais appelé dans le cadre de situations à l'hôpital. On a parlé après mais j'ai pas eu à l'appeler. Il n'a jamais été de garde. Je n'ai pas eu à l'appeler directement pour un cas quoi.* ».

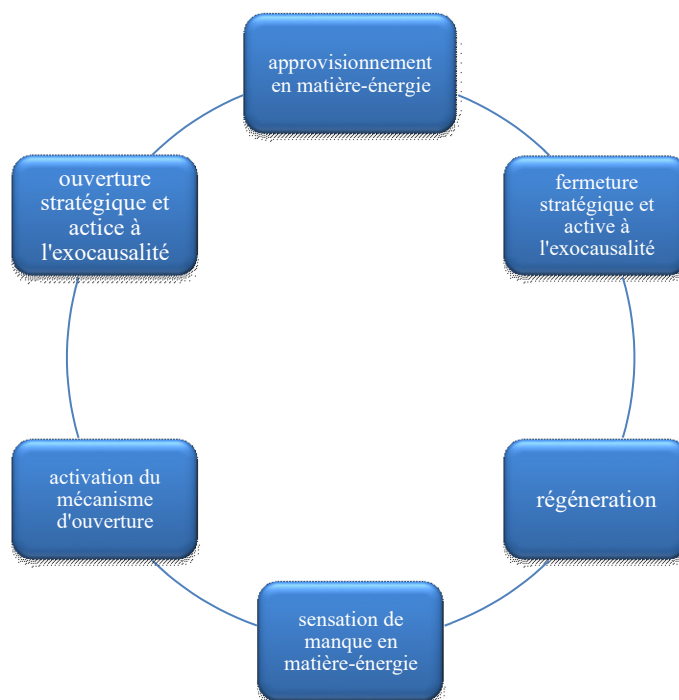


Schéma 37. Séquentialisation d'ouverture et de fermeture organisationnelle

L'étudiant-e s'ouvre à son enseignant-e s'il éprouve des difficultés inhérentes à des situations-problèmes jugées complexes pour lui. Une fois l'information obtenue, il ou elle s'embarque dans ses activités d'étudiant-e et reviendra une autre fois lorsqu'il sera confronté-e à une ou d'autres situations problèmes, ainsi de suite. La différence avec l'interne/résident-e en médecine est situationnelle. Si les problèmes rapportés par l'étudiant-e découlent pour la plupart des situations abstraites ou alors des situations pouvant être contextualisées, les situations-problèmes rapportées par l'interne/résident-e en médecine sont toutes contextualisées ou situées. Leur résolution nécessite l'expérience du-de la superviseur-e de stages qui enrichira l'interne ou le-la résident-e en médecine d'autres façons de faire la médecine. Une fois les informations obtenues, l'interne/résident-e en médecine s'embarque dans d'autres activités constitutives de la

résidence ou de l'internat en médecine telles que la consultation des malades, l'encadrement des étudiants-es en médecine, la gestion du département dans lequel il ou elle évolue.

Dans les deux cas, l'ouverture de l'impétrant-e l'aide à tirer de l'environnement des solutions susceptibles de l'aider à améliorer sa façon de penser ou de procéder. Sa fermeture à l'environnement l'aide à s'autonomiser c'est-à-dire à se détacher de l'emprise des autres (enseignants-es ou superviseurs-es) sur lui. Il s'en suit une double conséquence : une autonomie générative soit l'approvisionnement en connaissances et une autonomie phénoménale¹⁶⁹, la neutralisation de l'impact de l'environnement preuve de l'existence et d'action au sein d'un environnement (collectif de travail) comme on peut l'observer dans le schéma 38 ci-après, représentation graphique du foyer auto-organisationnel invisible d'Emma, de William et d'Élvine.

¹⁶⁹ « L'autonomie phénoménale appelle l'idée d'ouverture. Cette ouverture se traduit par une autonomie d'existence et d'action au sein d'un environnement » (Fortin, 2005, p.64).

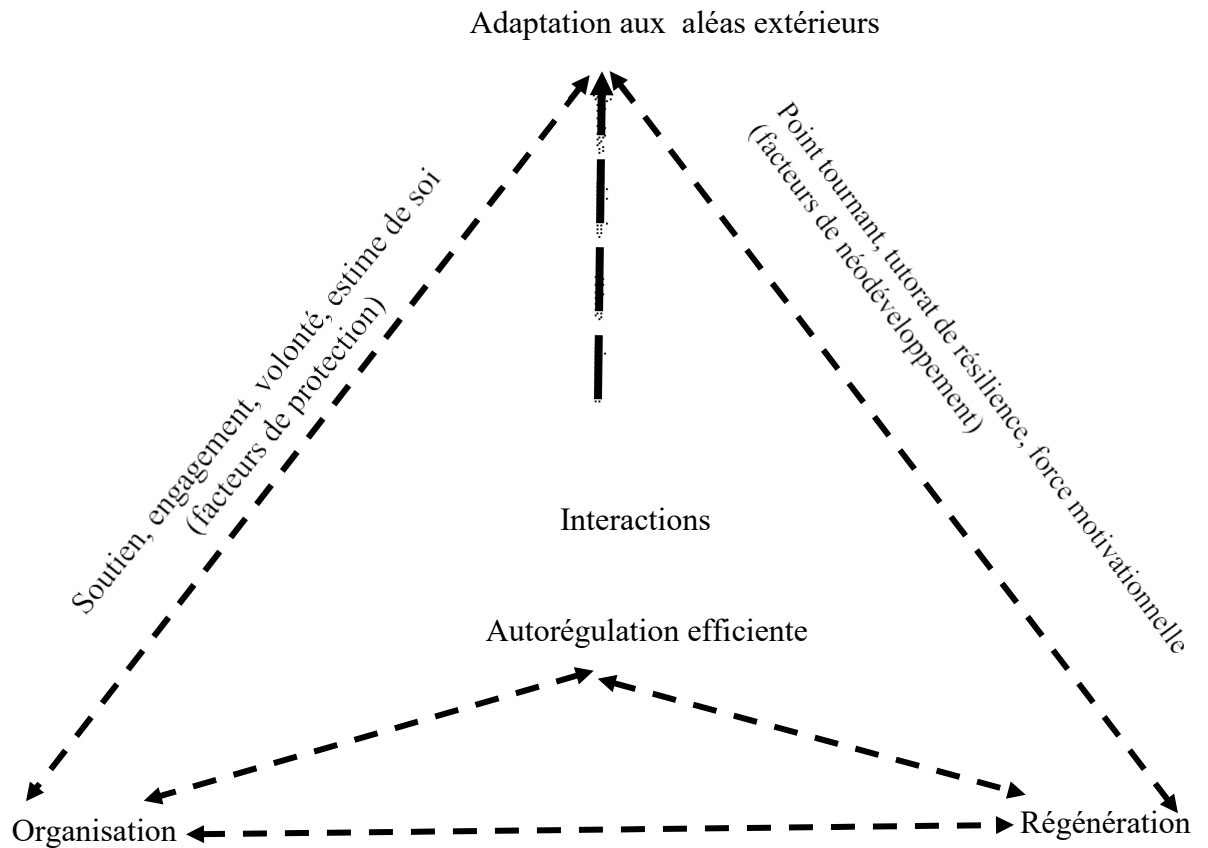


Schéma 38. Le foyer auto-organisationnel invisible d'Élvine, D'Emma et William

Légende :

Organisation : état (d'agencement hétérogène) dans lequel se trouve le sujet après le traumatisme.

Régénération : l'état organisationnel posttraumatique objective la capacité d'autorégénération extérieure. L'efficacité autorégulationnelle prévient l'instabilité organisationnelle traduisant ainsi une annulation de l'agressivité exosystémique favorisée par la capacité autorégénérative.

Autorégulation émotionnelle efficace : capacité de fonctionner de façon optimale liée à l'efficacité des ressources autorégulatrices (facteurs de protection et de néodéveloppement).

La capacité autorégulatrice du-de la jeune médecin en formation est assurée par la synergie existante entre les facteurs de protection et de néodéveloppement. La capacité de se régénérer en ressources autorégulatrices figure une causalité rétroactive objectivée par l'annulation des effets extérieurs permettant ainsi au-à la résident-e ou l'interne en médecine de réduire l'impact des émotions négatives sur le processus de construction et de production des connaissances.

Même si le-la résident-e ou l'interne en médecine possède une autonomie en termes de capacité à s'autorégénérer en ressources facilitatrices du processus d'apprentissage, il est à noter qu'il ou elle ne possède pas l'entière autonomie qui se manifeste chez un-e médecin chevronné-e. Le-la jeune médecin en formation a donc besoin de la présence du collectif de travail, dans lequel le-la superviseur-e de stages occupe une place importante, pour développer d'autres dimensions favorisant une autonomie de plus en plus grande. Au regard de ce qui précède, on peut dire que le-la résident-e ou l'interne en médecine membre d'un collectif de travail possède une double identité. Une identité propre c'est-à-dire celle qui la distingue des autres membres du collectif. Une identité d'appartenance ou de dépendance écologique c'est-à-dire celle qui le-la rattache ou l'assujettit au collectif de travail. Étant donné que l'augmentation de l'autonomie sera associé à la socialisation, l'identité professionnelle sera tributaire de la reconnaissance de celle-ci par les superviseurs-es de stages.

3.4.3. Une émergence : l'autonomie dépendante

N'oublions pas de le dire, le statut de superviseur-e de stages confère autorité et devoir d'allégeance. Ce qui voudrait dire que la construction identitaire¹⁷⁰ sera bloquée par le déséquilibre entre l'autonomie et les compétences. « *Ça veut dire avoir des responsabilités par rapport à ce que tu es capable de faire ou à l'inverse. Tu as l'impression de n'avoir aucune possibilité de décisions. Tu ne peux pas utiliser tes compétences* » (William, résidente en médecine). Cette entrave au déploiement de l'expérience est justifié par la méfiance en l'endroit des résidents-es ou des internes en médecine : « *il y a des superviseurs qui ne nous connaissent pas. eux ont la responsabilité d'un patient. Ils ne connaissent pas notre bagage ce qu'on est bon à faire. Je comprends qu'ils ont envie de nous surveiller* » (Élvine, interne en médecine). Connaître quelqu'un référant ici aux « traits fondamentaux qui rendent le soi capable d'estime et de respect » (Ricoeur, 1995, p.29), on peut poser la question de l'existence des futurs-es médecins par procuration. En ce sens, on ne peut les attribuer des actes médicaux si et seulement si un document atteste qu'ils ou elles ont la capacité de réaliser cet acte. Face à cette destabilisation de leur reconnaissance par les superviseurs-es de stages surtout, la réaction des jeunes médecins en formation sera objectivée par le développement des voies facilitant le passage de la méconnaissance à la reconnaissance au titre d'une sociologie de l'action¹⁷¹.

¹⁷⁰ « La construction identitaire est un processus hautement dynamique au cours duquel la personne se définit et se reconnaît par sa façon de réfléchir, d'agir et de vouloir dans les contextes sociaux et l'environnement naturel où elle évolue » (Association canadienne d'éducation de langue française, 2006, p.12).

¹⁷¹ L'action étant définie comme un « mouvement ayant une application et un effet. Action signifie, on l'a vu, *interactions*, terme clé et central, lequel comporte diversement des *réactions* [...], des *transactions* (actions d'échanges), des *rétroactions* (actions qui agissent en retour sur le processus qui les produit, et éventuellement sur leur source et ou leur cause) » (Edgar Morin, 1977, p.219)¹⁷¹.

3.4.3.1. Autonomie encadrée par l'attribution de la reconnaissance

Selon le dictionnaire Larousse, l'autonomie est la possibilité de décider, sans s'en référer à un pouvoir central, à une hiérarchie, à une autorité. En ce sens, la conception de l'autonomie chez le-la jeune médecin en formation s'apparenterait à une capacité à agir de manière indépendante, sans dépendre d'autrui. Tel n'est pas le cas. Que ce soit le-la résident-e ou l'interne en médecine, il ou elle travaille en collaboration avec un collectif de travail qui quelque part lui impose des façons de faire et des façons d'être. L'interaction en temps réel avec le-la superviseur-e de stages surtout, procure au-la jeune médecin en formation une autonomie au travail objectivée ici par la marge de manœuvre acquise. Si l'autonomie est construite, elle est aussi reconnue. La reconnaissance de l'autonomie est associée à la relation existante entre l'investissement dans le travail et la reconnaissance attribuée (Loriol, 2006). Il s'agit ici d'un jugement et d'un témoignage de gratitude basés sur l'utilité et la qualité du travail réalisé par le-la jeune médecin en formation :

à partir du moment que c'est donnant donnant, ton chef te donne plus de temps, il essaie de t'apporter son expérience et puis toi en retour c'est à toi de faire le travail qu'il faut faire et ça se passe toujours bien de toute façon (Emma, interne en médecine).

Il en ressort de ce qui précède un contrôle exercé par le-la superviseur-e de stages témoignant d'une co-implication¹⁷² dans la réalisation de la pratique et une reconnaissance attribuée à l'interne ou au-à le résident-e en médecine liée à la qualité de la réalisation.

L'expression « *donnant donnant* » retrouvée dans le discours d'Emma démontre bien cette attribution de la reconnaissance conditionnée par la qualité de l'implication dans l'action. Il est question ici d'une association de la reconnaissance à la responsabilité : « qui a accompli telle ou telle action? [ou] qui est l'auteur de telle action ? » (Ricoeur, 1995, p.30). La responsabilité convoque ici la notion d'assignation d'une action à quelqu'un ou alors de l'attribution de l'action à un-e interne ou un-e résident-e en médecine liée à sa capacité à se faire respecter par la démonstration des compétences : « *mais je n'ai pas besoin d'une perception amicale de fois le respect c'était ça que j'étais capable d'aller chercher à la fin. En démontrant les compétences, on peut aller chercher un respect.* » retrouvé dans le discours de William, résident en médecine.

Si nous nous en tenons à cette assertion de William, on dira que assigner et attribuer ne sont pas synonymes. Ainsi lorsque nous nous référons à l'attribution de l'action, nous faisons allusion à la paternité de l'action ou alors à la réponse à la question « qui? » (*Ibid.*, p.31). La réponse à la question ne devrait pas s'inscrire dans la registre des données sociodémographiques mais plutôt dans celui de la capacité du sujet à commettre un acte dont la réalisation le rend digne de respect. Le respect remorque la notion de considération liée à la qualité de la réalisation : « *il y a certains internes qui vont faire un très bon travail et du coup ils sont complimentés* » nous apprend

¹⁷² celle du-de la résident-e ou de l'interne en médecine et celle du-de la superviseur-e de stages dans la réalisation de l'acte

Marjolaine, interne en médecine. Ce qui sous-entend que ceux ou celles qui n'ont pas fait un bon travail seront plutôt « *engueulés* » ajoute Marjolaine.

Si Complimenter équivaut ici à évaluer, un bon compliment équivaut à une bonne évaluation et *vice versa*. Or pour recevoir une bonne évaluation, il faut s'investir dans l'action. Cela veut donc dire que la terminologie « *donnant donnant* » demande aussi d'identifier le sujet *via* l'appréciation de son degré d'implication dans l'action. D'ailleurs c'est ce que Paul Ricoeur (1995, p.31) nommera par « la capacité d'un agent humain à se désigner lui-même comme l'auteur de ses actes a une signification considérable pour l'assignation ultérieure de droits et de devoirs ». Ainsi la notion de capacité se confond avec celle d'engagement soit la prise en compte du sujet en situation d'acte engageant comme individu capable de prendre une décision en toute quiétude. C'est aussi considérer une implication telle que l'acte ne puisse être dissocié de son auteur-e. Il ressort ici l'idée de capabilité que nous n'avons pas retrouvé chez Marjolaine : « *autant j'étais une externe qui était très investie autant passé d'externe à interne et les responsabilités ça me faisait peur* ». Marjolaine n'a pas pu faire parce qu'elle n'était pas capable de faire. Ainsi le sujet ayant développé en lui le sentiment de n'avoir aucune capacité de décisions, il devient difficile pour lui d'utiliser ou de démontrer sa capacité à faire. Cet état de choses installe Marjolaine dans une soumission qui l'empêche de répondre à la question du qui-suis-je ? Le sujet n'existant pas simplement comme une chose inerte mais plutôt comme un corps doté d'une certaine dynamique, va se poser la question de la permanence dans le temps de ce qu'il est.

Ainsi si chez Marjolaine, on perçoit un comportement fataliste à la base de sa déconsidération¹⁷³, on va observer chez Emma un comportement plutôt inscrit dans le registre d'un processus d'émancipation de soi :

J'ai demandé un autre avis en quelqu'un en qui j'avais confiance. un autre médecin des urgences qui était dans une autre unité. Je suis allé quand je n'étais pas du tout d'accord je ne mettais pas la vie de la personne en danger (Emma, interne en médecine).

Ainsi face à l'agression des aléas extérieurs, le sujet réagit en engageant une force supérieure à celle-ci. Ce qui lui permet de se former dans un concept de soi satisfaisant.

Chez William, on va observer une libération de soi visualisée dans la congruence entre l'engagement en formation et l'acquisition des compétences perçues nécessaires à l'atteinte de l'objectif de performance : « *d'après moi l'implication en recherche que j'ai commencé ça m'a aidé, ça m'a aidé à comprendre d'où venait les connaissances j'ai lu tous les documents de qu'est-ce qu'on s'attendait de qu'est-ce qu'un psychiatre.* » stipule William, résident en médecine. Le caractère anémique de la réaction de William va contraster avec l'attitude expectative d'Élvine.

Envahie par le caractère autoritaire de la supervision¹⁷⁴, Élvine va développer une attitude réflexive visant à faire le rapprochement entre ce qu'elle deviendra à l'issue de l'effort consenti et

¹⁷³ « *Moi j'étais pas sur de moi je sentais que j'étais stressé. Je donnais souvent mon avis et eux ils sont habitués aux internes qui sont autonomes qui se débrouillent tout seul. Voilà je débarque jeune interne et sorti d'externat, il y en a quand ils sortent de l'externat ils sont très sur d'eux. C'était pas mon cas en fait.* » stipule Marjolaine.

¹⁷⁴ « *ne pas être dans cette relation de jugement avec les superviseurs parce qu'ils jugent sur tout ce qu'on fait. On pose trop de questions stupides. On pose une question qu'ils n'aiment pas ils vont le retenir ce sera retenu contre nous là.* » confie Élvine, résidente en médecine.

la considération dont elle souhaite faire l'objet. Ayant pris conscience de la supériorité de la force exosystémique, Élvine va se laisser envahir par les forces agressives afin de mieux les contrôler. Il est certain qu'elle ne pouvait pas y arriver si elle n'avait pas développé de ressources capables d'empêcher sa désorganisation.

De ce qui précède, on découvre chez Emma, William et Élvine une capacité de transmutation attribuable à la capacité autoorganisationnelle. De personne faillible qu'ils étaient, ils démontrent maintenant qu'ils sont devenus des entités dignes de considération c'est-à-dire capables¹⁷⁵.

3.4.3.2. L'autonomie comme expression des capacités favorisée par le collectif

La capacité à laquelle nous faisons allusion ici ne peut être comprise en dehors de son revers soit la vulnérabilité. Il s'agit ici de considérer le sujet comme vulnérable mais aussi capable parce que agissant pour se développer malgré tout. Pour démontrer la capacité de transmutation du sujet objectivant une certaine autonomie, nous allons nous baser sur deux situations : celle de Marjolaine et celle d'Élvine. Marjolaine a vécu une effusion émotionnelle liée aux remarques négatives : « *je suis allé aux toilettes j'ai pleuré* » dit Marjolaine. Cette réaction qui démontre aussi une démotivation témoigne de la vulnérabilité organisationnelle de Marjolaine¹⁷⁶ mais aussi son incapacité à réagir face à l'adversité : « *j'ai eu un blocage pendant trois mois. Donc en fait c'était à cause de ça.* » confie Marjolaine.

¹⁷⁵ Si devenir capable, c'est être reconnu, devenir médecin c'est être capable de surmonter toutes les difficultés auxquelles le sujet fait face tout au long de son parcours de professionnalisation.

¹⁷⁶ « *j'ai eu un blocage pendant trois mois. Donc en fait c'était à cause de ça.* » confie Marjolaine

On constate chez Élvine un désengagement lié aux obstacles rencontrés dans le parcours :

ça veut dire qu'à un certain point je n'étais vraiment pas bien cela interférait avec ma performance pis cela ne faisait que contribuer au fait que je me sentais mal pis on résiste le fait de vouloir arrêter pis on a l'impression que cela va passer mais je suis arrivé à un point que cela n'était plus possible de continuer. Bon j'ai pensé à arrêter (Élvine, résidente en médecine).

Mais on va observer chez elle une volonté d'amélioration de maintien de l'estime de soi objectivée par la décision de rester dans le programme liée à la volonté de réussir en médecine :

«j'ai finalement décidé de me relancer. Justement parce que je ne voulais pas garder la notion d'échec que je n'étais pas capable. Je voulais réussir et après ça décider si c'était pour moi ou pas.» confie-t-elle.

Ce dépassement de soi c'est-à-dire cette capacité de donner le meilleur de soi pour atteindre un objectif prédéfini dans le but de s'améliorer va être éprouvée en situation : *« j'ai trouvé plus que j'étais dans un carcan pas être seul mais ne pas être capable de développer son autonomie d'être tout le temps redirigé »* (Élvine, résidente en médecine). En agissant conformément aux indications et lignes de conduite en vigueur dans le collectif de travail, Élvine a accepté de se laisser traverser par le caractère autocratique de la supervision pour mieux le contenir :

si je veux soulager cette frustration que j'avais à tous les jours de ne pas être capable d'agir comme je voulais agir mais ça a été de laisser faire. D'être complètement soumise et passive à la supervision on était dans la contre réflexion quand je vois un patient il y a une partie de moi qui réfléchit qu'est-ce que le patient

à quel est le traitement que je trouve le plus pertinent pour lui et qu'est-ce que le superviseur attend de moi dans cette situation-là. Je dois combiner ces deux pensées pour que quand je vais présenter au superviseur je dois lui dire qu'est-ce que je crois qu'il attend de moi pis cela a vraiment amélioré mes résultats (Élvine, résidente en médecine).

L'amélioration des résultats démontre ici que les superviseurs-es de stages participent à la réussite du-de la jeune médecin en formation et d'autre part, que le-la résident-e ou l'interne en médecine détient les leviers d'être « ailleurs que là où l'on croit pouvoir le trouver, et où on l'attend » (Roche, 2016, p.39). On parlera ici de subjectivation dans la transaction relationnelle retrouvée chez William.

Se sachant impliqué dans le collectif de travail, William va se servir du collectif de travail pour développer sa capacité d'innovation :

Mon superviseur m'a aidé énormément en permettant de faire cela. Je n'ai pas trouvé une autre personne qui a fait cela. J'ai vraiment apporté une nouvelle affaire, j'ai apporté une psychothérapie avec un patient qui était hospitalisé. En général on ne fait pas ça. Il m'a permis de faire. Il m'a fait confiance. Il m'a écouté.» (William, résidente en médecine).

L'innovation s'inscrit dans le registre d'une capacité du sujet à apporter des nouvelles idées dans le collectif de travail. En stipulant que « *j'ai vraiment apporté une nouvelle affaire* », William traduit sa capacité à influencer (influence minoritaire) le collectif de travail afin que celui-ci

accepte les nouveaux procédés. Ce qui amène à appréhender le comportement de William comme un processus dynamique retrouvé chez Emma.

On constate qu'Emma utilise le collectif de travail pour mieux s'autoproduire¹⁷⁷. Elle va s'ouvrir à ses superviseurs-es lorsqu'elle fera face à des situations cliniques inhérentes à son domaine de spécialisation et à son père lorsqu'il s'agira plutôt des situations cliniques relevant de la réanimation. Ce double mouvement d'ouverture au père et de fermeture aux superviseurs-es en cas de situations cliniques de réanimation et de fermeture au père et d'ouverture aux superviseurs-es en cas de situations cliniques relevant du domaine de spécialisation soit la médecine générale qui n'est rien d'autre que le développement de la capacité à s'ouvrir et à se refermer sous-tendant une capacité de production de connaissances par le-la résident-e ou l'interne en médecine.

On peut donc imaginer « une boucle rétroactive phénoménale » *dixit* Edgar Morin (1974, p.285) objectivant non seulement une union de la-du jeune médecin en formation au collectif de travail mais aussi une production du collectif de travail par le-la futur-e médecin et réciproquement, une production du-de la résident-e ou de l'interne en médecine par le collectif de travail.

¹⁷⁷« En médecine générale, mon père connaît moins en médecine générale. J'ai plutôt tendance à suivre mes médecins généralistes, ce qu'ils disent. A l'hôpital pour des questions, ça ne serait arrivé par exemple pour des questions de réanimation par exemple des situations critiques à l'hôpital. Ça va dépendre du médecin avec qui je suis. Il y a un médecin. Je ne peux dire des situations précises. Oui des fois je suivrai l'avis de mon père. Dans le cas de réanimation, je pense que qu'il a bon je serai de mauvaise langue si je te dirais que je ne suivrais pas ce que je dis mon père plus que ce que me dirait mon chef » dit Emma.

3.4.3.3. L'autonomie comme capacité d'action dans un collectif de travail

Il est certain que le-la futur-e médecin tout au long de son parcours de professionnalisation s'inscrit comme membre d'un collectif de travail dans lequel il-elle se démarque par la singularité de son apport à la réalisation en collaboration d'une activité. Etant donné que la réalisation de ses actes est imputable¹⁷⁸ à l'interne ou à le-la résident-e, l'atteinte de l'identité visée (devenir médecin) est attribuée à l'engagement dans le parcours de professionnalisation comme on peut le noter chez Emma¹⁷⁹, William¹⁸⁰ et Élvine¹⁸¹.

De ces trois productions biographiques, il ressort un désir de congruence entre les aptitudes physiques et mentales du sujet engagé dans la réalisation de l'activité de façon autonome. Cette capacité du sujet à donner un sens à son agir témoigne d'une certaine maîtrise sur l'environnement avec lequel il entre en interaction :

il y a certains qui ont une vision très différente de la médecine. C'est pas que je n'ai pas confiance, j'essaie de ne pas fonctionner comme cela et du coup pas plus du recul sur ce qu'ils disent. Je ne vais pas forcément suivre ce qu'ils me disent de faire (Emma, interne en médecine).

¹⁷⁸ « Nous avons une responsabilité médico-légal que nous n'avons pas avant. Concrètement si nous faisons une erreur nous pouvons passer au tribunal. Aux États-Unis et au Canada vous le savez et en France beaucoup plus. Et nous ça commence à arriver, les médecins ont très peur du médico-légal. Ils ont peur d'aller au tribunal et d'être condamné» nous apprend Eva.

¹⁷⁹ « Ce n'est pas que je n'ai pas confiance. J'essaie de ne pas fonctionner comme cela et du coup pas plus du recul sur ce qu'ils disent. Je ne vais pas forcément suivre ce qu'ils me disent de faire».

¹⁸⁰ « Des gens m'ont aidé aussi mais en même temps je disais j'allais faire le traitement, je disais c'est moi qui allais travailler sur la question».

¹⁸¹ « Je me suis senti trahi par l'ensemble des superviseurs. Je ne les fais pas assez confiance pour m'ouvrir et être honnête avec eux. C'est impossible de développer une relation de mentorat dans ce contexte-là. Ça m'a permis de mieux survivre au jour le jour, d'avoir une attitude là. Ça m'a aussi coupé la possibilité d'avoir une relation honnête avec les superviseurs».

L'attitude d'Emma vis-à-vis de cette demande « *je ne suis pas du tout d'accord* », consolide la thèse du développement d'une certaine autonomie dans le processus de prise de décision. Pourtant Marjolaine, interne en médecine au même titre qu'Emma, nous apprend que « *quand tu es interne tu la fermes et tu exécutes* » (Marjolaine, interne en médecine). Ce qui dénote le caractère autoritaire de la supervision qui empêche le jaillissement de toute idée émancipatrice. On peut alors conclure que l'émancipation d'Emma est attribuée à la réponse rétroactive qui considère que c'est à l'environnement de se transformer, pour participer activement à la transformation d'un-e jeune médecin en formation, processus objectivé ici dans une régulation rétroactive :

je suis en phase de stages chez un praticien, je suis toute seule toute la journée. Je résous les consultations toute seule toute la journée et le soir on a un debrief et c'est la même chose je vais partir vers une direction pour résoudre ma consultation et mon chef, mon père va me dire oui très bien et on aurait aussi pu faire comme ça. Et c'est ça qui est enrichissant. Et comme cela je sais qu'ils auraient aussi pu faire autrement (Emma, interne en médecine).

L'enrichissement auquel Emma fait allusion ici est la capitalisation des connaissances dérivée d'un exercice de mesure d'écart entre ce qui a été réalisé et ce qui devrait être réalisé. Ce qui dénote une capacité de décider par soi-même dans un processus d'apprentissage autodirigé comme observé dans cet extrait produit par William :

j'ai appris beaucoup de choses. J'ai appris parce que je faisais une réflexion je retournais lire je réfléchissais. Dans la plupart du temps les superviseurs étaient interchangeables. Si c'était quelqu'un d'autre j'aurais appris la même chose. C'est

plus ça que je disais. Ce n'est pas le fait d'avoir fait la pratique. J'aurai été incapable d'apprendre si je n'avais pas fait ça parce que je me retrouve dans la situation à régler mais après ça c'est beaucoup plus dans ma réflexion à gérer...certainement 90% du temps ce sont les solutions de moi c'est moi qui percevait le problème (William, résident en médecine).

Ce qui découle de cet extrait, c'est la prise d'initiative par le-la jeune médecin en formation, avec ou sans aide, de déterminer ses besoins de formation, de recenser les ressources nécessaires à sa formation (Knowles, 1975).

3.5. Autonomie et autodirection

Lorsque William, interne en médecine, dit « *il y a très peu de professeurs qui ont eu un impact vraiment sur mon apprentissage.* », Il nous amène à constater une autonomie sous-tendue par une capacité autodirectrice objectivée par une prise d'initiative, une absence de prescription et une détermination autonome des besoins de formation. Or qui dit identification des écarts entre les connaissances acquises et celles requises pour renforcer son adaptation en situation, dit quelque part détention des capacités pour combler le vide et se développer malgré les contraintes vécues en situation. Cette recomposition du-la jeune médecin en formation à partir de ce qui le détermine¹⁸² a aussi été observée chez Emma, interne en médecine :

il y a des médecins, je pense à un à l'hôpital en qui j'avais entièrement confiance en ce qu'il disait. Je le suivrais comme si j'aurais suivi mon père. Et en médecine

¹⁸² Marjolaine nous a appris que le-la jeune médecin en formation est un sujet c'est-à-dire un-e assujetti-e, quelqu'un-e qui dépend du-la superviseur-e de stages.

générale, il y en a deux en qui je fais entièrement confiance. D'autres pas (Emma, interne en médecine).

Le-larésident-e ou l'interne en médecine est sous l'autorité d'un-e superviseur-e à des stades. Le fait de faire confiance à tel-le enseignant-e clinique et pas à tel-le autre, témoigne d'une certaine marge de manœuvre que détiendrait le-la jeune médecin en formation. Cela amène à découvrir aussi bien dans les propos de William comme dans ceux d'Élvine, une autodirection des apprentis-ages qui se manifeste tout d'abord par un contrôle sur l'environnement social.

3.5.1. . Subjectivation dans la transaction relationnelle

Disons tout d'abord qu'il serait excessif de parler ici de prise de pouvoir sur l'environnement. Étant donné que la construction ou la production des connaissances se fait toujours en transaction avec cet environnement social, nous parlerons de négociation du-de la résident-e ou de l'interne en médecine d'un pouvoir sur son contexte :

La perception des autres c'est une caractéristique de la personnalité. C'est de savoir le superviseur comment il nous percevait c'est très variable d'une personne à l'autre. Il peut arriver qu'il nous perçoive positivement. Mais je n'ai pas besoin qu'il d'une perception amicale de fois le respect c'était ça que j'étais capable d'aller chercher à la fin. En démontrant les compétences, on peut aller chercher un respect (William, résident en médecine).

Ce respect associé à la démonstration de ses compétences est une attribution de l'identité liée à l'effort consenti ou à consentir, traduit une certaine autodétermination que détiendrait le-la jeune médecin en formation dans la transaction avec l'environnement :

comme je te dis c'est donnant donnant avec ton chef et avec les équipes. Et puis un peu tu vas donner, tu vas être sérieux dans ce que tu fais et après tu vas, donc tu as intérêt à être engagé dans ce que tu fais (Emma, interne en médecine).

Ce qui ressort de ces deux extraits c'est l'expression du *self* enfouit ici sous le vocable autodétermination : Emma et William sont à l'origine de leur propre comportement même si l'attribution de l'identité est influencée par le regard des superviseurs-es de stages.

Lorsque Marjolaine nous dit « *autant j'étais une externe qui étais très investie autant passé d'externe à interne et les responsabilités ça me faisait très peur* », cela laisse sous entendre que le-la résident-e ou l'interne en médecine peut se fixer des buts à atteindre sans pour autant les atteindre. C'est pourquoi la capacité d'agir¹⁸³ se trouve à l'intersection de l'autodétermination et la puissance d'agir. L'autodétermination étant associée à la capacité du sujet à empêcher son envahissement par les forces exosystémiques, Marjolaine n'était pas à même d'assurer un contrôle direct sur l'environnement :

Je donnais souvent mon avis et eux ils sont habitués aux internes qui sont autonomes qui se débrouillent tout seul. Voilà je débarque jeune interne et sorti

¹⁸³ C'est la possibilité qu'a le sujet de mener à terme un changement souhaité.

d'externat, il y en a quand ils sortent de l'externat ils sont très sur d'eux. C'était pas mon cas en fait (Marjolaine, interne en médecine).

Cette déconsidération de Marjolaine liée à son manque d'autonomie démontre une incapacité à agir sur l'environnement.

Le pouvoir que le-la jeune médecin en formation a sur l'environnement est objectivé dans ce que nous appelons ressorts de la subjectivation¹⁸⁴ dans la transaction relationnelle. Le premier ressort est l'absence de planification pour le-la jeune médecin en formation. Emma ne va pas se contenter de suivre des consignes. Elle va bien sûr se référer au référentiel de compétences disponible tout en adaptant les connaissances à la situation clinique en présence : « *non j'adapte. Oui, je prends les deux. Je prends un peu plus ce qu'on me dit, quel est mon point de vue à moi bien sûr j'adapte à la situation* » confie Emma, interne en médecine. Ce qui amène à voir une subjectivation liée à l'autodétermination du-de la résident-e ou de l'interne en médecine tout en n'étant rien d'autre que la résultante d'une interaction entre les capacités développées par lui ou elle en lien avec les occasions offertes par l'environnement socio-professionnel. On peut aussi faire ce constat chez William lorsque celui-ci évoque une innovation psychothérapeutique liée au soutien du superviseur de stage¹⁸⁵. Il en découle ici une augmentation du niveau d'autodétermination liée à la transformation de l'environnement professionnel devenu collaboratif :

¹⁸⁴ « Le sujet ne se pense à vrai dire qu'à partir de ce mouvement par lequel il nie, détruit puis recompose sans cesse ce qui le présuppose, le détermine. Il nous faut alors poser un sujet qui n'est situable à une place; qui ne peut s'accommoder d'être situé, ou plutôt assigné à une place sauf à disparaître. Un sujet qui est toujours ailleurs que là où l'on croit pouvoir le trouver, et où on l'attend; toujours aussi en excès sur ce qu'on dit qu'il est. Plutôt que sujet, il faudrait alors pouvoir dire en toute rigueur déplacement subjectif ou encore subjectivation » (Roche, 2016, p.38).

¹⁸⁵ : « *mon superviseur m'a aidé énormément en permettant de faire cela. Je n'ai pas trouvé une autre personne qui a fait cela. J'ai vraiment apporté une nouvelle affaire. J'ai apporté une psychothérapie avec un patient qui était hospitalisé. En général on ne fait pas ça. Il m'a permis de faire. Il m'a fait confiance. Il m'a écouté* » dit William.

je suis en phase de stages chez un praticien, je suis toute seule toute la journée. Je résous les consultations toute seule toute la journée et le soir on a un debrief et c'est la même chose je vais partir vers une direction pour résoudre ma consultation et mon chef, mon père va me dire oui très bien et on aurait aussi pu faire comme ça. Et c'est ça qui est enrichissant. Et comme cela je sais qu'ils auraient aussi pu faire autrement (Emma, interne en médecine).

La prise de pouvoir sur l'environnement va aussi s'observer dans l'opportunité qu'est donnée au-à le jeune médecin en formation de découvrir ses forces et faiblesses au détour de la transaction avec l'environnement et d'utiliser celui-ci comme un levier d'amélioration de l'apprentissage :

bien sûr que mon style de leadership est plutôt basé sur la compétence. Je pense que c'est la personne la plus compétente dans les choses qui devait les faire. De fois ce n'est pas habituellement pas moi-même si c'est le médecin qui devait faire. Ça ne me dérange pas du tout. Il faudrait que la meilleure personne pour faire quelque chose la fasse (William, résidente en médecine).

La personne compétente à laquelle William fait allusion ici fait aussi partie du collectif de travail. Dans celui-ci, l'on s'entraide, mais aussi certaines personnes sont plus compétentes dans certaines situations que d'autres.

Deux versants permettent de définir le collectif de travail. D'abord le versant ensemble. Le collectif de travail est un amas de compétences susceptibles d'agir ensemble dans des situations

précises. Ensuite le versant individualisation dans l'ensemble. Le collectif de travail est un ensemble individualisé de compétences qui se complètent face à des situations problèmes : « *la principale chose que je vais dire pour pouvoir être formée, il faut travailler avec une équipe.* » nous apprend William, résident en médecine. Soulignons dans cet extrait le vocable équipe référant au collectif de travail. La dépendance du sujet au groupe signifie qu'il ne peut pas réaliser tout seul l'activité. Vu dans ce sens, le travail d'équipe ou le travail collectif amène à percevoir l'apport de chacun à la réalisation d'un travail mais aussi et en retour, une capitalisation individuelle de nouvelles connaissances preuve de la contribution d'un collectif de travail à la construction des connaissances du-de la jeune médecin en formation : « *les étudiants sont obligés de couvrir les gardes collectivement. Il faut avoir l'autonomie qui va avec cela* » (William, résident en médecine).

Le troisième ressort est donc la capacité d'autonomie objectivée par la capacité du-de la jeune médecin en formation à résoudre par lui-même ses problèmes, ainsi que la démarche utilisée pour satisfaire ses besoins. Ce qui veut dire qu'un-e interne ou un-e résident-e en médecine qui exécute *stricto sensu* les consignes du-de la superviseur-e de stages n'est pas autonome. Il ou elle est un-e exécutant-e. L'exécutant-e ne fait pas partie de l'équipe, il ou elle en dépend. Et parce qu'il ou elle en dépend, une fois sorti-e de l'équipe, il ou elle est incapable de s'en sortir, de s'autonomiser comme nous l'avons constaté chez Marjolaine : « *je n'arrivais pas prendre des initiatives, j'ai un manque de confiance en moi. Bon en fait objectivement j'étais un peu seule.* ».

Si Marjolaine a du mal à gérer la transition externat à internat en médecine, c'est beaucoup plus parce qu'elle est restée au niveau de la simple exécution des tâches. Elle n'était pas préparée

à la réflexion encore moins à la conceptualisation comme traduit dans cet extrait dans lequel on perçoit un suivisme des pairs préjudiciable au développement de la capacité d'autonomie sous-tendant l'apprentissage autodirectionnel : *« en fait il y a eu quelque chose c'est que j'étais en périphérique à Laval c'était en périphérique et j'étais entouré que d'internes en médecine générale. Et à force de les entendre j'avais envie de faire comme eux. »* stipule Marjolaine, interne en médecine.

Pourtant Emma, interne en médecine au même titre que Marjolaine, a réussi à y arriver :

de toute façon forcément, j'ai plus confiance à mon père qu'à mon maître de stages.

Après c'est pas pour autant que je vais forcément croire à la parole de mon père.

C'est pas c'est pas tout bon ce qu'il me dit. Il faut aussi adapter. Et je peux aussi

piocher et je pioche aussi dans ce que me disent mes maîtres de stages (Emma, interne en médecine).

Emma « *pioche* », elle adapte aussi ce qu'elle a pioché à la situation problème en présence. Adapter veut dire faire un choix par rapport à un autre. Étant entendu que le choix apparaît comme la plus dérisoire des choses si nous considérons ce qui est à choisir, et le plus important si nous considérons celui qui choisit. Si nous nous tenons dans la position d'expérimentateur et que nous nous demandons ce qui peut motiver tel choix par rapport à tel autre, ce qui sous-entend une initiative libre, nous arrivons à la justification selon laquelle le choix de « piocher » ici et non là-bas souligne la capacité du sujet à choisir et à persister dans son choix indépendamment des forces agressives externes.

Pour terminer cette section, disons que la prise de contrôle sur l'environnement n'est jamais une activité qu'on peut caractériser de discontinue. Le pouvoir que le-la jeune médecin en formation a ou voudrait avoir sur son environnement est une activité continue. Elle est associée à une auto-organisation s'apparentant à un processus dans lequel l'organisation interne n'est pas influencée par une source extérieure .

En stipulant donc que

c'est sûr que des gens m'ont aidé aussi mais en même temps je disais j'allais faire le traitement. Je disais c'est moi qui allais travailler sur la question. Même si l'infirmière trouve que ce que je fais est bizarre elle ne va pas me dire. La seule objection que je pouvais avoir était celle de mon superviseur de stages, je n'aurais pas été capable de faire si je n'étais pas capable de me fier à mon équipe (William, résident en médecine).

William nous amène à percevoir une subjectivation dans la transaction relationnelle sous-tendue par une autodétermination, celle-ci étant entretenue par une autorégulation efficiente extériorisée par une rétroaction régulatrice tel présenté dans le schéma 39 ci-dessous.

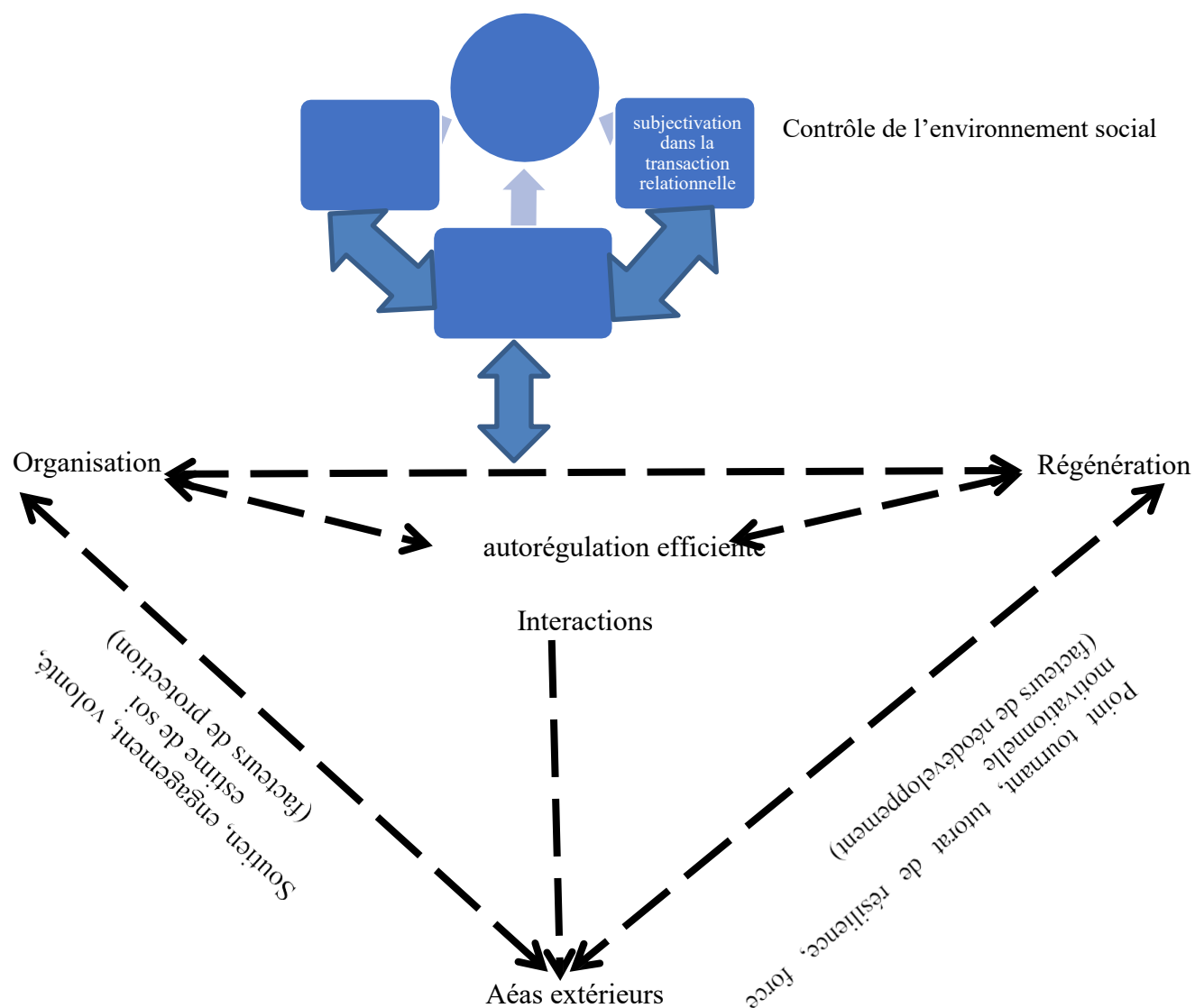


Schéma 39. Subjectivation dans la transaction relationnelle supportée par l'autoorganisation vivante

A la suite de ce schéma 39, il faudrait quand même attribuer le contrôle de l'environnement social à une dynamique motivationnelle :

si je veux soulager cette frustration que j'avais à tous les jours de ne pas être capable d'agir comme je voulais agir mais ça a été de laisser faire. D'être complètement soumise et passive à la supervision. on était dans la contre réflexion quand je vois un patient il y a une partie de moi qui réfléchis qu'est-ce que le patient a quel est le traitement que je trouve le plus pertinent pour lui et qu'est-ce que le superviseur attend de moi dans cette situation-là. Je dois combiner ces deux pensées pour que quand je vais présenter au superviseur je dois lui dire qu'est-ce que je crois qu'il attend de moi pis cela a vraiment amélioré mes résultats (Élvine, résidente en médecine).

Cet extrait produit par Élvine nous autorise à dire que le comportement humain est caractérisé par un dynamisme d'autodéveloppement. Le comportement humain se caractérise également par sa capacité à se donner à soi-même des orientations, des finalités pour déclencher, modifier et réguler ses actions au-delà des programmes initiaux (Nutin, 1980). Ajoutons quand même que la motivation soustend l'engagement. Et que l'engagement est généralement utilisé, comme l'indiquent Deci et Ryan (2000), pour caractériser l'investissement actif d'un-e résident-e ou d'un interne en médecine dans une situation d'apprentissage. Ce qui nous amène à parler d'autodétermination qui contient les dimensions motivation et engagement. Avec Carré (2010), l'autodétermination agit sur l'autorégulation, et l'autorégulation agit sur l'autodétermination par rétroaction. La conséquence est le contrôle de l'apprentissage.

3.5.2. Capacité d'autorégulation exprimée par le contrôle de l'apprentissage

Auparavant, signalons que « les étudiants en médecine sont soumis à un niveau de stress important dès leur entrée aux études du premier cycle. La plupart réussiront à surmonter ces stress et à cheminer normalement dans leur programme. Certains d'entre eux, plus vulnérables, vivront plus difficilement que d'autres les différentes étapes de leur parcours académique, et notamment, le début des études médicales postdoctorales, lesquelles sont particulièrement exigeantes pour les étudiants » renseigne Descary (2015, p.5).

Si nous définissons le coût perçu comme étant des aspects négatifs inhérents à l'engagement du sujet dans l'activité, l'on peut dire que Marjolaine s'est désengagée parce qu'elle n'a pas pu supporter la pression liée au travail de l'interne en médecine :

j'aurai changé de filière. Je serai allé en gériatrie en fait après d'autres stages ne sont pas gériatriques. Voilà je ne pouvais pas tester autre chose. Bon beh à côté il y a un ami qui était en médecine générale et je voyais tout ce qu'on me demandait beaucoup de pression. Ça aurait été très dur pour moi. Ça aurait été très dur pour moi de faire un stage aux urgences les gardes. Je me suis dit si c'est dur en gériatrie le reste ça va être très dur. C'est pour cela que je n'ai pas continué (Marjolaine, interne en médecine).

On perçoit au travers de l'analyse de ses propos un abandon de programme lié à la pression du travail à subir. Autrement dit à la question de savoir : en continuant la formation de médecin qu'est-ce que cela me coûte ? Marjolaine constate que les coûts à subir sont plus importants que

ce qu'elle va retirer de ladite formation. Conséquence, elle abandonne la formation pour se réinvestir dans une autre formation (en santé publique) dans laquelle elle fera face à moins de difficultés. En analysant les propos de Marjolaine, on constate que la médecine était devenue pour elle une identité rejetée : *« on est pas à l'abri d'une difficulté. Voilà on n'est pas sûr que tout se passe bien. Voilà. C'est tellement long. Il va avoir un moment où il faudra que la personne va craquer »* dit Marjolaine, interne en médecine. Il en ressort ici un lien entre l'abandon du programme et la capacité de Marjolaine à réussir dans le programme. Ce qui amène à dire que le sujet peut avoir une perception de la valeur accordée à l'engagement en formation et ne pas contrôler les leviers qui conduisent à la réussite dans son entreprise de formation. On peut donc conclure en disant que la stabilité de l'engagement est liée aussi bien aux bénéfices que le sujet retire de la formation qu'à la capacité du sujet de contrôler tous les éléments conduisant à sa réussite. Ce qui a amené Bourgeois (1998, p.103) à dire que *« ces deux facteurs sont traités comme interactifs dans la mesure où, si un seul d'entre eux n'est pas présent, la décision de s'engager sera de toute façon négative »*.

Notons quand même que les propos de Bourgeois (1998) feront l'unanimité à trois conditions. Dans l'interaction avec l'environnement, le sujet doit être capable d'utiliser ses capacités. Ce besoin de compétence ou d'accomplissement est assujéti au besoin de relation sociale c'est-à-dire au fait de se sentir connecté aux autres dans le collectif de travail. Autrement dit le-la résident-e ou l'interne en médecine pourra agir dans le collectif de travail en tant qu'entité à part entière si et seulement si les membres du collectif le considèrent comme tel et qu'ils l'accompagnent dans le processus d'épanouissement professionnel. On peut faire référence au partage d'expériences entre Emma et ses maîtres de stages, l'innovation apportée par William.

Ensuite, les facteurs renvoyant aux dispositions internes du sujet qui peuvent affecter la perception qu'a le sujet de la valeur de la tâche ou de l'activité et de ses chances de réussir. Parmi ces facteurs, nous pouvons citer « l'importance tantôt de l'estime de soi (de l'image ou du concept de soi), tantôt de l'attitude fondamentale du sujet par rapport à l'apprentissage (ou la formation)» (*Ibid.*). Enfin, les facteurs liés aux caractéristiques de l'offre de formation ou « selon les cas, de la tâche d'apprentissage proposée et de son contexte» (*Ibid.*). Nous percevons ici le rôle combien important des facteurs de protection (individuels, interactionnels et environnementaux) dans la satisfaction du besoin d'autodétermination chez le sujet subissant l'agression de l'adversité :

Face au stress eh, quand il y a une situation qui me stresse, je sens qu'il y a trop de choses qui s'accumulent, j'essaie de me poser, de prendre du recul et d'essayer de cibler ce qui est important et ce qui l'est moins. Je vais essayer de hiérarchiser les tâches. Et du coup commencer par ce qui est important (Emma, interne en médecine).

Ces propos d'Emma amènent à dire que, face à l'intensité du stress et de la pression au travail, les jeunes médecins en formation sont obligés-es de développer des stratégies que nous rangerons dans le registre des ressources autorégulatrices soutenant le contrôle de l'apprentissage et déterminant la persévérance scolaire.

La première stratégie est l'établissement des aides-mémoires qui permettent à William de prioriser la prise en charge des patients-es c'est-à-dire de faire la différence entre ce qui est important ou urgent et ce qui l'est moins :

Il n'y avait pas le même niveau de préoccupation que moi. À part être capable de tout faire. Apparemment, il y a une partie de l'expérience à ça, devenir capable de faire la différence entre qu'est-ce qui est important, qu'est-ce qui est juste un détail juste opérationnel tout ça. Mais moi qu'est-ce que j'apprenais, je ne voulais rien oublier, c'est aussi le rôle symbolique, si on ne prescrit pas les bilans et après ça on le dit le patient s'attendait à ce que ça soit fait (William, résident en médecine).

L'aide-mémoire est associée ici à une fonction représentative en ce sens qu'il rappelle à William une information à ne pas oublier, une décision à prendre ou une action à faire. Ainsi en oubliant de noter une information à donner, en oubliant de rapporter par écrit une consigne à donner, le-la jeune médecin en formation participe, sans le vouloir, à l'empêchement de la circulation de l'information nécessaire au fonctionnement du collectif de travail.

A contrario, en consignait par écrit l'information à donner ou à exécuter, le-la jeune médecin en formation renforce ces liens avec le collectif de travail et réduit par conséquent les risques de dévalorisation des savoirs de l'expérience. Lorsqu'Emma, interne en médecine, dit : « déjà dans la masse de travail eh eh, les journées sont longues. On a beaucoup de travail. On a beaucoup de patients à s'occuper. On a toute la paperasse derrière. Il y a tout ça à gérer », elle amène à constater que le-la jeune médecin en formation est exposée à l'oubli. Cette situation est susceptible de complexifier les rapports avec les autres membres du collectif en raison des échéanciers serrés, à des situations cliniques urgentes ainsi qu'à des objectifs de rendement et de performance. Pour se mettre à l'abri de la confusion et de l'oubli des informations, le-la jeune médecin en formation enregistre « maintenant sinon tu oublies. Tu oublies. Tu as tellement de choses. Tu as 10 patients dans la journée ça veut dire 10 examens

différents, 10 interrogatoires différents, 10 biologies différentes, il faut déjà retenir tout ça.»

stipule Emma, interne en médecine.

La consignation immédiate des données joue un autre rôle celui de la **prévention des problèmes d'attention** :

il faut déjà retenir tout ça. plus tout ce que l'infirmière vient parler quand tu es sur un autre cas. Elle va te dire non non toute suite il faut que tu me fasses ça, donc le temps de se déconnecter du truc, de penser à l'autre truc de se remettre dans le dossier et ensuite il faut revenir sur ce que tu faisais, tout ça ça prend du temps. Non en tout cas moi je n'ai pas la mémoire pour il faut que je note toute de suite
(Emma, interne en médecine).

Les informations produites par les infirmières (dans lesquelles sont insérées les informations des préposés-es aux bénéficiaires ou aides-soignants-es) permettent au-à la jeune médecin en formation de faire une prise en charge optimale. Le récit du-de la patient-e est aussi important que celui des paramédicaux. L'optimalisation de la prise de la décision médicale est donc liée à ce que le-la résident-e ou l'interne en médecine retire de la triangulation de ces sources informationnelles c'est-à-dire des connaissances qui seront soumises à une évaluation : « *Parfois il reprend la visite en main et il le fait tout seul. Il fait comme il a envie. Il démonte tout ce que tu as fait. Il fait comme il a envie et voila.* » ajoute Emma. Le lecteur ou la lectrice pourrait penser et de façon hâtive à une déconsidération du travail du-de la jeune médecin en formation par le-la superviseur-e de stages. Nous nous trouvons ici dans une situation d'apprentissage par l'erreur s'inscrivant dans la satisfaction du besoin de rationalisation de l'expérience en ce sens que les

remarques négatives observées en l'endroit du travail d'Emma seront prises en compte dans la réalisation d'une autre situation de travail similaire. Les informations contenues dans l'aide-mémoire a participé à la **socialisation du-de la jeune médecin en formation à la la réalité quoditienne du milieu de travail.**

L'aide-mémoire peut aussi avoir une autre fonction, celle de support pouvant être consulté pour favoriser des décisions et des actions immédiates : « *J'ai un petit carnet qu'est-ce qu'il ne fallait pas oublier.* » nous informe Marjolaine. Ce qui caractérise les jeunes médecins en formation c'est la lenteur dans l'administration du soin. Un soin qui pouvait être fait en 15 minutes sera plutôt exécuté en 30 minutes voire 1^e heure. Tout ceci parce que le novice n'a pas encore le métier en main (Clot, 2010). Ainsi dans les concertations avec les superviseurs-es de stages, les autres professionnels-les, les patients-es et/ou les familles, l'interne ou le-la résident-e en médecine s'aide des carnets de bords ou de tout autre appareil électronique pour enregistrer les procédés d'administration de soins dans lesquels il ou elle éprouve des difficultés comme la peur de prescrire liée à l'impréparation à cette activité : « *j'étais en cancérologie mon premier stage. Mon premier jour en tant qu'interne et rien que prescrire du paracétamol ou du forlax, j'ai revu tout dans le vidal, tous les effets indésirables , toutes les contre-indications* » nous apprend Emma.

On ne le dira pas assez, le-la jeune médecin en formation évolue dans un environnement où il existe des erreurs qui ne sont pas permises. Le caractère létal des erreurs devant être évitées amène le-la jeune médecin en formation à éviter au maximum la prise de décision pour ne pas avoir à regretter plus tard. Ainsi pour éviter de détruire son avenir professionnel et satisfaire le besoin de considération positive, le-la jeune médecin en formation va chercher à appliquer les

protocoles qu'il ou elle juge congruents avec ce que pense le-la superviseur-e de stages. Ceci ne peut qu'être lié à l'exécution fidèle des consignes :

quand je vois un patient il y a une partie de moi qui réfléchis qu'est-ce que le patient a quel est le traitement que je trouve le plus pertinent pour lui et qu'est-ce que le superviseur attend de moi dans cette situation-là. Je dois combiner ces deux pensées pour que quand je vais présenter au superviseur je dois lui dire qu'est-ce que je crois qu'il attend de moi pis cela a vraiment amélioré mes résultats (Élvine, résidente en médecine).

L'amélioration des résultats est liée à l'application et de façon fidèle des consignes données par les superviseurs-es de stages. Mais c'est le-la jeune médecin qui applique les consignes et non le-la superviseur-e de stages à la place du-de la jeune médecin en formation. Le mot autodirection prend ici tout son sens puisqu'il sous-entend ici un savoir, un savoir-faire et un savoir-être dont l'acquisition s'inscrit dans un processus autonome de connaissances nécessaires à l'exercice du métier de médecin dans un contexte affecté par la nouvelle organisation du travail.

Il arrive très souvent qu'en contexte de charge de travail élevée et de contraintes de temps, le-la jeune médecin en formation développe une autre stratégie cognitive que l'on peut ranger dans le registre de la hiérarchisation des activités par listes d'objectifs :

Ça s'accumule vite. On est obligé de faire un choix pis on est pas capable de tout faire si c'était l'idéal qu'on le fasse. Je n'ai pas une liste d'objectifs par journée, j'ai une liste d'objectifs urgent moyen terme puis long terme. Pis je m'organise en

faisant des listes puis je me dis qu'est-ce que je dois faire aujourd'hui puis j'essaie de classer dans mon horaire (Élvine, résidente en médecine).

Le temps étant précieux et non extensible, les futurs-es médecins sont obligés-es d'apprendre à mieux le maîtriser, la répartition du travail étant calculée à l'heure près :

cela veut dire que la charge de travail est très importante. Puis elle est cadrée dans un calendrier qui est calculé à la minute près en fait dans tout le programme ou à l'externat, c'est impossible de prendre une journée de congé, c'est impossible de prendre une fin de semaine. Tout doit être calculé à l'heure près (Emma, interne en médecine).

Face à cet état de choses, le-la futur-e médecin prend d'abord du recul : « *Quand je suis stressé, je le sais toute suite. C'est de prendre du recul* » (Emma, interne en médecine). Le fait de prendre du recul permet au sujet apprenant de relativiser et par conséquent d'être porté par des émotions et pensées négatives. En faisant exister dans sa tête une réalité positive, le-la futur-e médecin fait exister celle-ci dans sa vie. Dans la mesure où les affects positifs élargissent la perception (Tamir et Robinson, 2007), il va de soit que le-la résident-e et/ou l'interne en médecine affecté-e positivement détecte aisément les opportunités et/ou les menaces. Ainsi doté-e d'une capacité d'attention améliorée par les affects positifs, le sujet intègre et appréhende rapidement et globalement la situation. C'est dans ce contexte qu'Emma dira : « *c'est de hiérarchiser ce qui est important et ce qui n'est pas important et de lâcher un maximum de ce qui n'est pas important pour ne pas se surcharger* ».

La hiérarchisation des activités par listes d'activités s'inscrit ici dans une volonté de satisfaction du besoin d'être rassuré et s'apparente à une séquentialisation d'étapes bien coordonnées. C'est aussi la classification des tâches en fonction de leurs ordres de priorité. En procédant ainsi, l'interne ou le-la résident-e en médecine prévient non seulement un stress lié à la surcharge de travail mais aussi la perte de confiance du-de la superviseur-e lorsqu'il existe un écart entre ce qui est réalisé et ce qui est prescrit. La troisième étape, connexe à la deuxième est le décalage des activités par rapport à d'autres :

la ça me dit je n'ai pas envie d'aller à la clinique je vais prendre en charge telle telle tâche que je vais reporter. Chaque jour est planifié comme cela. Ça arrive que je ne suis pas mes objectifs de la journée puis je dois décaler le reste (Élvine, résidente en médecine).

Il peut donc arriver que malgré la classification des activités par liste d'objectifs à atteindre, le-la futur-e médecin ne puisse pas réaliser toutes les activités. Il décale alors certaines activités pour se concentrer sur la réalisation des activités jugées prioritaires. Cette stratégie autorégulatrice prévient les risques psychosociaux mais aussi renforce l'efficacité dans le rendement du-de la futur-e médecin. Le schéma 40 offre de voir la graduation des éléments faisant partie de la hiérarchisation des tâches par listes d'objectifs.

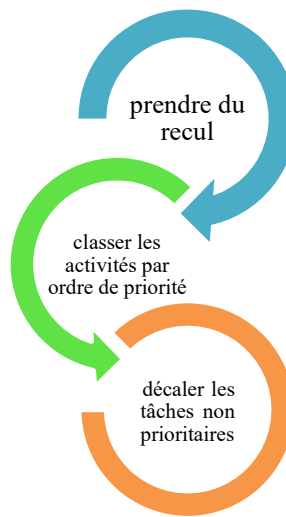


Schéma 40. Hiérarchisation des tâches par listes d'objectifs

La hiérarchisation des priorités en se basant sur leur caractère d'urgence mais aussi sur leur importance est une preuve d'affection positive. Celle-ci pousse le sujet à classer au premier rang de priorité les tâches à la fois urgente et importante; au deuxième et troisième ordre de priorité, les tâches urgentes mais moins importantes. La catégorisation des tâches par ordre d'urgence et d'importance permet au-à le jeune médecin en formation de faire une tâche à la fois. La multitâche étant source de stress. Ce qui dénote une participation du-de la jeune médecin en formation au besoin de préservation de sa santé mentale et physique alors qu'il ou elle est aussi appelé-e à gérer les problématiques liées à la vie personnelle.

On ne le dira pas assez, certains-es internes ou résidents-es en médecine sont très souvent enclins aux aléas de la vie familiale impactant l'implication dans la vie académique. Installé-e dans cette double dimension, le-la jeune médecin en formation est obligé-e de trouver un équilibre. Le terme conciliation vie privée et vie professionnelle désigne bien ce conflit de gestion des tâches et des difficultés inhérentes aux deux sphères de responsabilité. Concrètement la famille s'apparente

pour le-la résident-e ou l'interne en médecine à une soupape de sécurité c'est-à-dire à ce qui permet d'évacuer le stress. Il n'en demeure pas moins que la famille constitue un couteau à double tranchant. Cela veut dire d'une part qu'« *avec deux enfants, on est obligé de toute façon d'oublier ce qui s'est passé dans la journée, on passe à autre chose* » dit Emma; et d'autre part et malheureusement que « *la famille demande beaucoup d'organisation pour durer comme je te disais par rapport aux horaires des enfants* » réplique une fois de plus Emma.

Pour concilier les deux sphères, Emma comme Elvine préconisent la structuration des activités étant donné le caractère chronophage des études médicales :

c'est la première chose que je fais mes enfants. Je rentre tard donc je n'ai pas beaucoup de temps avec eux. Avant qu'ils soient couchés entre le temps que je rentre et le temps que je suis couché c'est que mes enfants. Non non, moi c'est parce qu'ils sont petits ils me demandent beaucoup de temps. Et avant je faisais du sport, je faisais beaucoup d'activités à côté la musique. Tout ça de sortir, d'aller au ciné, de sortir avec avec des amis (Emma, interne en médecine).

Élvine et Emma le disent, il est difficile pour un-e jeune médecin en formation de s'engager à la fois dans un parcours de résidence et/ou d'internat en médecine et exercer d'autres activités à côté. Le-la résident-e ou l'interne en médecine est obligé-e de choisir les activités à pratiquer et par conséquent à en évacuer d'autres. Emma et Élvine parlent du sport, de la musique comme activités récréatives mais qu'elles ne pratiquent plus parce qu'elles trouvent ces activités moins prioritaires que d'autres telles que s'occuper d'une famille ou alors se concentrer aux études. Il est certain que l'évacuation des activités récréatives développe en le-la futur-e médecin un sentiment

d'inassouvissement du fait de l'éloignement du réseau social comme le remarque Élvine : « *ça prend un effort un peu constant de maintenir un réseau social parce que très rapidement on s'éloigne* ». Il est question ici de prioriser l'urgence sur l'importance, l'indispensable sur l'accessoire.

L'évacuation des activités récréatives serait associée au stress en ce sens que le divertissement¹⁸⁶ participerait à la dissipation des émotions négatives. L'harmonisation des activités récréatives aux études est donc d'une importance capitale. Les études montrent que l'activité physique a un impact positif sur l'amélioration de l'attention, le traitement de l'information et la mémoire (Pontes et Müller, 2017). Autrement dit il a été constaté une congruence entre la pratique de l'activité physique et l'oxygénation du cerveau, ce qui par conséquent entraîne le développement des connexions nerveuses et l'accroissement du volume du tissu cérébral (Barriault, 2016). On observe dans le discours d'Emma et d'Élvine, une demande à l'établissement d'un emploi du temps dans lequel seraient consignées les activités liées aux études ainsi que les activités récréatives tout dépendant du temps alloué à ces dernières. Le schéma 41 offre de visualiser la stratégie développée pour mieux concilier famille et travail.

¹⁸⁶ « *c'est une soupape que déjà que d'aller courir que d'aller faire de la musique. Ça permet d'évacuer directement le stress. Ça permet de penser à autre chose que son travail, de sortir un peu plus, de prendre aussi du recul par rapport à son boulot que de penser médecine toute la journée, d'en rêver* »

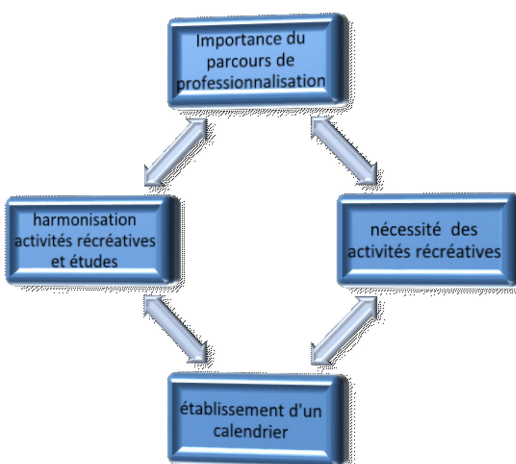


Schéma 41. Stratégie retenue pour concilier famille et travail

In fine, la capacité d'autorégulation objectivée ici par le contrôle qu'exerce le-la résident-e ou l'interne en médecine sur son apprentissage amène à considérer chez le sujet une autodétermination dans la satisfaction de ses besoins d'apprentissage :

J'ai appris beaucoup de choses. J'ai appris parce que je faisais une réflexion je retournais lire je réfléchissais. Dans la plupart du temps les superviseurs étaient interchangeables. Si c'était quelqu'un d'autre j'aurais appris la même chose. C'est plus ça que je disais. Ce n'est pas le fait d'avoir fait la pratique. J'aurai été incapable d'apprendre si je n'avais pas fait ça parce que je me retrouve dans la situation à régler mais après ça c'est beaucoup plus dans ma réflexion à gérer...certainement 90% du temps ce sont les solutions de moi c'est moi qui percevait le problème (Élvine, résidente en médecine).

Il en ressort ici une autorégulation qui amène à percevoir l'absence de recours à une instance extérieure. Ce qui dénote chez le sujet une autoorganisation entretenue par une capacité

autoorégulative. Il existe un lien entre autorégulation et autoorganisation. Le vocable autorégulation traduit l'idée de régulation par soi-même qui cache l'idée de satisfaction par soi-même de ses besoins d'apprentissage. Quant au mot autoorganisation, il remorque l'idée d'apparition de l'imprévisible attribuée aux aléas extérieurs. Ainsi le sujet en régulant l'imprévisible renforce son autoorganisation. En gérant l'impact des aléas extérieurs sur la structure psychique, le sujet innove en développant non seulement des structures émotionnelles permettant au sujet d'accroître la capacité de réponse à l'adversité mais aussi de nouvelles stratégies autorégulatrices, qui comme nous l'avons observé dans cette section, permettent au-à la résident-e ou à l'interne en médecine de maîtriser les pensées, le comportement et les émotions (Zumbrunn, Tadlock et Roberts, 2011). Puisque l'autorégulation permet au-à la jeune médecin en formation de vivre pleinement les expériences d'apprentissage (*Ibid.*), nous associons la valeur prédictive positive sur le rendement scolaire à l'autorégulation comme processus contrôlant à la fois l'attention et les fonctions exécutives (Tranter et Kerr, 2016). Le schéma 42 est donc évocateur puisqu'il met à disposition le lien entre l'autoorganisation assurée par l'autorégulation et l'implication de ce lien sur la génération d'une autorégulation déterminant le comportement motivationnel du- de la jeune médecin en formation.

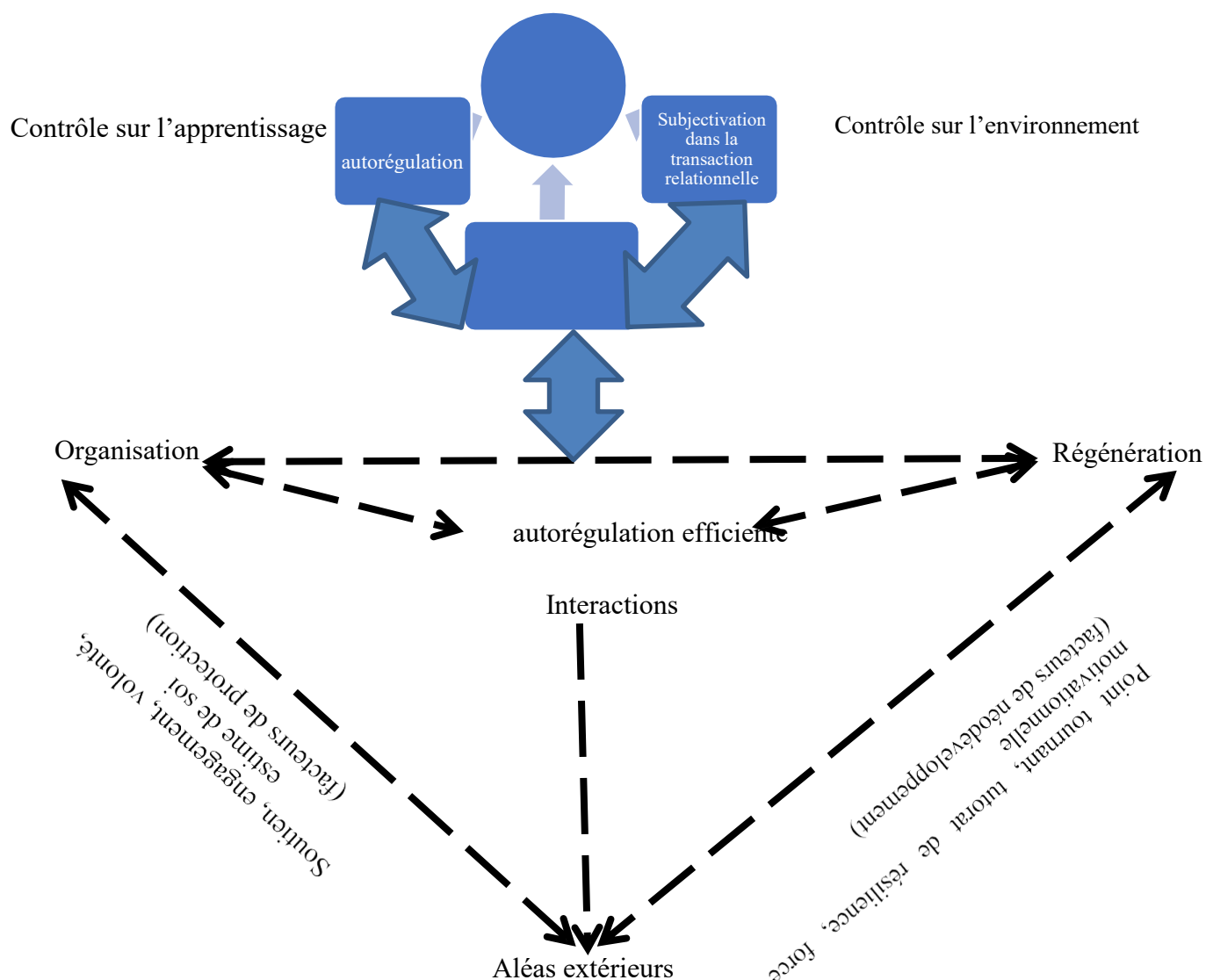


Schéma 42. Subjectivation dans la satisfaction des besoins et foyer autoorganisationnel invisible

À l'observation du schéma 42, le lecteur ou la lectrice peut s'interroger sur la différence entre l'autorégulation entretenant l'homéostasie organisationnelle et celle connexe à la subjectivation dans la transaction relationnelle. Disons que le développement des ressources autorégulatrices visant à assurer l'adaptation du-de la jeune médecin en formation à son

environnement est associée à la constance homéostasique (assurée par une autorégulation interne). Cependant les difficultés rencontrées par le sujet à développer les stratégies régulatrices pour maîtriser les émotions, les pensées ou le comportement pour profiter au maximum des expériences d'apprentissage destabilisent l'adaptation du sujet à son contexte :

Eh en fait j'étais très marquée parce qu'un médecin m'a dit tu vois tu as essayé tu as bien vu que ce n'étais pas fait pour toi. Et je l'ai très très mal pris. Et ça a été très dur de [...] Oui un superviseur. Du coup ça m'a fait très mal et du coup j'ai eu un blocage. J'ai eu un blocage pendant trois mois. Donc en fait c'était à cause de ça (Marjolaine, interne en médecine).

La difficulté de Marjolaine à surmonter le blocage est associée à une absence d'autodétermination devant alimenter une rétroaction régulatrice. Ce qu'on ne retrouve pas chez Élvine : «j'ai pris des arrêts de maladie pis j'ai réfléchi tout le temps j'ai réfléchi que je vais rester encore un petit peu je vais rester encore un petit peu je vais essayer encore un petit peu et bon voilà.». La décision prise par Élvine de rester dans le programme et donc de surmonter l'adversité est attribuée à une autodétermination définie comme étant les stratégies pédagogiques développées par le-la résident-e ou l'interne en médecine afin de surmonter les obstacles et ainsi améliorer les aptitudes scolaires. C'est en ce sens que nous allons évoquer l'idée de contrôle pédagogique.

3.5.3. L'autodétermination concrétisée dans le contrôle pédagogique de la formation

Une définition opérationnelle de l'autodétermination en milieu scolaire relie cette dimension aux habiletés et attitudes renforçant chez le-la résident-e ou l'interne en médecine le sentiment d'avoir des compétences pour satisfaire ses propres besoins. On voit ici le lien entre

l'autorégulation et l'autodétermination, lien renforcé par l'appropriation par le-la jeune médecin en formation de son « procès de formation » *dixit* Gaston Pineau (1983, p.235). Il y a ici évocation d'un contrôle sur les objets d'apprentissage parmi lesquels nous citons le contrôle sur le quoi apprendre (objet de l'apprentissage), le contrôle sur le comment l'apprendre (conceptions et processus d'apprentissage expérientiel), le contrôle sur le qu'est-ce qui facilite l'apprentissage (les facilitateurs de l'apprentissage), le contrôle sur le quand apprendre (le rythme de l'apprentissage), le contrôle sur le où apprendre (les modalités d'apprentissage), le contrôle sur les moyens à mettre en place pour assurer l'atteinte des objectifs d'apprentissage (évaluation).

3.5.3.1. Le contrôle sur les moyens mesurant l'atteinte des objectifs d'apprentissage

L'association de la formulation des objectifs d'apprentissage avec les connaissances à acquérir amène le-la jeune médecin en formation à créer une cohérence des actions à mettre en œuvre au regard des attentes du-de la superviseur-e de stages. Deux moyens permettent au-à la résident-e ou l'interne en médecine d'interroger la pertinence et la cohérence des actions à mettre en œuvre : l'évaluation interne et l'évaluation externe. Lorsqu'Emma, parlant de son père médecin sénior, dit : « *il m'a beaucoup soutenu. Il m'a beaucoup conseillé* », elle nous amène à voir un soutien du père soutenant la capitalisation des savoirs expérientiels qui seront passés au crible de la critique des superviseurs-es de stages :

ça je dirais que ça influence oui quand on en parle avec mon père et quand j'en parle avec le maître de stage parce que du coup hein là par exemple je suis en phase de stages chez un praticien, je suis toute seule toute la journée. Je résous les consultations toute seule toute la journée et le soir on a un debrief et c'est la même

chose je vais partir vers une direction pour résoudre ma consultation et mon chef, mon père va me dire oui très bien et on aurait aussi pu faire comme ça. Et c'est ça qui est enrichissant. Et comme cela je sais qu'ils auraient aussi pu faire autrement
(Emma, interne en médecine).

Ce qui se trouve au centre de l'évaluation de la conduite de la prise en charge, c'est le *débriefing* qui est une analyse rétrospective sur la gestion d'une situation clinique (passée) par le jeune médecin en formation. Ce qui est évalué ici c'est la performance réalisée mesurée sur trois axes : l'axe de la pertinence, l'axe de l'efficacité et l'axe de l'efficience. En ce qui concerne l'axe de la pertinence, il réfère au rapport entre les objectifs initiaux d'apprentissage et les ressources utilisées. Emma se propose d'acquérir des connaissances liées à une situation clinique donnée. Étant donné qu'elle est « *toute seule toute la journée* », elle va utiliser les connaissances capitalisées antérieurement : « *je résous les consultations toute seule toute la journée* ». Il est donc question ici des ressources cognitives (connaissances déclaratives et connaissances conditionnelles) qu'Emma adapte aux situations cliniques auxquelles elle fait face. En ce qui concerne l'axe de l'efficience, il amène à considérer le rapport entre les résultats obtenus et les objectifs initiaux. Il est question des connaissances pratiques découlant du processus d'adaptation des connaissances déclaratives et conditionnelles aux situations cliniques en présence. Lorsqu'Emma dit : « *mon chef, mon père va me dire oui très bien et on aurait aussi pu faire comme ça* », elle nous autorise à dire qu'il existait un écart entre le travail réalisé et le travail prescrit. Ce qui amène à parler du troisième axe soit celui de l'efficacité qui considère l'écart entre les résultats obtenus et les objectifs initiaux : « *Et comme cela je sais qu'ils auraient aussi pu faire autrement* ». On peut observer que l'optimisation de l'acquisition des connaissances pratiques nécessaires

à la réalisation des situations cliniques ultérieures est associée à ce qui ressort de la synergie des trois axes. Ce qui est à retenir ici c'est le contrôle exercé par Emma aussi bien sur le moment du débriefing que sur sa durée. C'est Emma qui fait des consultations toute seule et toute la journée. C'est encore Emma qui appelle son père pour lui demander son point de vue sur ce qu'elle a fait. Étant donné que le-la superviseur-e de stages fait des observations sur ce qui a été réalisé, elle nous amène à dire que par le *débriefing*, elle contrôle les distorsions liées au temps (le débriefing est fait tout juste après les consultations), ce qui augmente sa satisfaction : « *c'est ça qui est enrichissant. Et comme cela je sais qu'ils auraient aussi pu faire autrement.* » ajoute-elle.

Même si nous n'avons pas retrouvé ce type de débriefing (dans lequel intervient le-la parent-e médecin sénior-e, le-la jeune médecin en formation et le-la superviseur-e de stages) dans le vécu des autres résidents-es et internes en médecine interviewés-es, nous avons noté que *via* le processus de régulation rétroactive conduit par le-la superviseur-e de stages, les résidents-es et les internes en médecine parvenaient à mesurer l'écart entre ce qui a été réalisé et ce qui devrait être atteint. L'objectif ici est la déconstruction du mode de pensée des jeunes médecins en formation pour le rendre congruent avec le mode de pensée des médecins : « *On commence par quelque chose de prudent je pense que c'est surtout comme ça que l'apprentissage est construit. Ils essaient de déconstruire notre mode de pensée par rapport aux problèmes par rapport au traitement.* » (Élvine, résidente en médecine).

Ce qui ressort ici, c'est le processus d'adaptation du-de la jeune médecin en formation en interaction avec son environnement. *Via* le processus de régulation, l'interne ou le-la résident-e en médecine construit des connaissances qu'il ou elle ne possédait pas auparavant. Retenons l'implication active du-de la

futur-e médecin dans le processus de « *déconstruction du mode de pensée par rapport aux problèmes par rapport au traitement* » (Élvine, résidente en médecine). Le contrôle pédagogique est objectivé par les négociations et les dialogues entre les superviseurs-es de stages et les jeunes médecins en formation. Le-la résident-e ou l'interne en médecine est le-la seul-e responsable dans le processus de capitalisation de connaissances. Le-la superviseur-e de stages est un facilitateur ou une facilitatrice de l'apprentissage. : « *il faut aussi adapter. Et je peux aussi piocher et je pioche aussi dans ce que me disent mes maîtres de stages* » stipule Emma, interne en médecine.

Nous avons noté qu'en dehors de la collaboration superviseur-e-jeune médecin en formation utilisée comme moyen pour réduire l'écart entre le prescrit et le réalisé, la collaboration entre les résidents-es ou les internes en médecine permettaient d'atteindre le même objectif. L'évaluation par les pairs-es fait émerger ce que nous appelons l'autonomie collective qui est le contrôle qu'exerce les jeunes médecins en formation sur la capitalisation des connaissances déclaratives, conditionnelles ou pratiques susceptibles d'être adaptées dans des situations cliniques rencontrées :

ça arrive quand même qu'on travaille avec d'autres résidents. On se pose les questions entre nous on se donne les conseils en fait oui indirectement j'ai appris d'eux si je peux dire si tu as cette situation là qu'est ce que tu ferais dans ce contexte là. Oui j'apprends d'eux. Souvent les collègues ça permet de poser les questions honnêtement (Élvine, résidente en médecine).

L'autonomie est associée au rôle actif joué par les résidents-es et les internes en médecine dans la production et la construction des connaissances. Nous nous trouvons dans une situation

d'évaluation par les pairs-es provoquant en chaque résident-e ou chaque interne en médecine, une autoévaluation, les deux s'inscrivant dans un processus d'évaluation formative. En favorisant de façon mutuelle aussi bien la progression des apprentissages que les renseignements sur les acquis et éléments à améliorer, l'évaluation par les pairs-es participe aussi à la préparation de l'interne ou du-de la résident-e en médecine à l'évaluation sommative administrée par le-la superviseur-e de stages. Étant donné que l'attestation ou la reconnaissance des apprentissages est associée à la capacité du-de la jeune médecin à gérer les situations cliniques en toute autonomie :

les seules fois ou j'étais plus autonome c'était dans les gardes de nuit ou le patron n'est pas sur place. Là il y a certaines décisions qu'on doit prendre seul. Je trouve que ça a aidé à développer mon autonomie mais c'est quelques journées dans la résidence (Élvine, résidente en médecine).

Ce qu'Élvine voudrait traduire par «*ça a aidé à développer mon autonomie*» est la résolution des situations cliniques favorisée par ce qu'elle a retiré en termes de savoirs expérientiels lors de la collaboration avec les autres jeunes médecins en formation. Ce qui démontre un certain contrôle sur les connaissances à appliquer et les situations dans lesquelles les appliquer.

Terminons cette section par un autre moyen maîtrisé par les jeunes médecins en formation pour réduire l'écart entre ce qui a été fait et ce qui devait être fait. Nous faisons allusion à

l'autoévaluation associée à un processus d'autorégulation rétroactive constatée chez Emma¹⁸⁷ et Élvine :

je ne sais pas si je peux donner un exemple particulier mais mettons j'ai une rencontre avec un patient je trouve que ça s'est mal passé ou il ne fait pas ce que je lui dis ou j'ai de la misère à lui poser de questions ou j'ai de la misère à assister à son entrevue ou il y a un problème médical je n'ai aucune idée c'est quoi ben je ne vais pas faire comme ben tant pis mais je vais essayer de voir comment faire pour améliorer ça c'est quoi le problème dans cette rencontre là c'est quoi les stratégies que je peux faire j'essaie de revoir j'essaie d'appliquer des stratégies différentes. Je trouve que c'est beaucoup plus de cette façon je trouve que c'est une stimulation à aller chercher plus loin (Élvine, résidente en médecine).

Nous nous trouvons ici dans un apprentissage contrôlé par le-la jeune médecin en formation. Se trouvant au centre du processus d'autorégulation des apprentissages, la métacognition participe à l'intégration des savoirs. Le contrôle exercé sur les savoirs à intégrer et ceux à délaissier amène à percevoir un exercice de réflexion sur la pensée qui influence la résolution du problème : quelles connaissances déclaratives, pratiques ou conditionnelles sont plus appropriées dans telles situations ou telles autres. Ce qui amène à considérer les contributions des lieux d'apprentissage au processus de capitalisation des apprentissages par le-la futur-e médecin.

¹⁸⁷ «okay après il faut reprendre toute l'histoire toute la consultation et puis voir pourquoi ça n'a pas marché dans ce cas quoi, pourquoi je n'ai pas pu adapter ce que J'avais appris, ce que j'ai tiré de mon enseignement pratique et théorique pourquoi cette fois ci ça n'a pas marché, est-ce qu'il y a forcément quelque autour duquel je suis passé que j'ai loupé quoi.» stipule Emma.

3.5.3.2. Le contrôle sur le où apprendre : les lieux d'apprentissage

L'activité de métacognition, qui s'apparente à un exercice de penser sur ses propres pensées, est favorisée par les connaissances capitalisées dans des lieux d'apprentissages que nous appelons modalités d'apprentissages. Élvine dit :

Eh il y a une partie qui est laissée à nous même propice à notre propre autonomie et il y a une partie qui est plus formalisée. Les congrès c'est nous qui les choisissons quand est-ce qu'on les fait les simulations je les ai recherchées je les ai fait plus mais certaines programmes essaient de plus en faire mais il y a beaucoup de disparités entre les milieux là où on le fait. j'étais dans une certaine umf j'avais accès à certains cours qui étaient différents de ce qui était dans les autres umf. les autres résidents que je rencontre qui me parlaient de ça quelqu'un qui est dans une autre umf va avoir accès à d'autres choses il n'aura pas accès à d'autres cours (Élvine, résidente en médecine).

Elle laisse sous-entendre un apprentissage en mode présentiel traduit dans les modalités que nous assimilons aux lieux d'apprentissage soit les congrès, les séminaires dans le lieu de formation clinique. L'apprentissage en présentiel correspond au mode de formation traditionnel: « les cours en médecine générale ils sont sur la fac d'Angers c'est regroupé par journée de cours. ». Le choix de cours à suivre à la faculté est laissé à la discrétion des jeunes médecins en formation : « c'est nous qui choisissons nos cours. On a toute une liste de cours » ajoute Emma, interne en médecine. Ce qui amène à dire que la fréquentation de la faculté de médecine pour y suivre les cours en présentiel est déterminée par la complexité des situations cliniques qui obligent à

capitaliser d'autres connaissances déclaratives et conditionnelles que le-la jeune médecin en formation ne possède pas présentement. On observe que ce soit avec Emma ou Élvine qu'il revient au-à la futur-e médecin de choisir aussi bien le lieu du suivi des cours que des cours à suivre.

Dans l'analyse des productions biographiques d'Emma, nous avons observé qu'elle recourait aux moyens électroniques pour supporter son apprentissage : « *tu vas chercher sur internet ce que tu peux.* » dit Emma. C'est Emma qui cherche. Ce qui veut dire que sa recherche ne cherche pas à répondre à une demande (celle du-de la superviseur-e de stages, celle d'un-e autre médecin sénior-e ou d'un personnel paramédical). Répondant plutôt à un besoin de formation, le-la jeune médecin en formation se trouve dans une situation où il ou elle ne dispose ni de connaissances lui permettant de gérer la situation à laquelle il ou elle fait face encore moins de soutien professionnel (absence de superviseurs-es de stages, difficulté pour les co-internes ou les co-résidents-es en médecine à aider le-la résident-e ou l'interne en médecine à ce moment précis..). Dans cette situation, les connaissances recueillies sur *internet* ne sont pas contrôlés par l'institution universitaire. Celui ou celle qui valide la qualité des savoirs expérientiels qu'il trouve sur internet, c'est le-la jeune médecin en formation.

Par contre, nous avons constaté avec Élvine que les savoirs à acquérir étaient contenus dans ce que nous pouvons appeler capsule pédagogique définie comme étant un *clip* vidéo permettant au-à la résident-e ou à l'interne en médecine d'accéder à une connaissance de façon multimédia : « *eh les superviseurs que j'avais vu à l'externat nous ont présenté les vidéos de ce qu'il ne fallait pas faire je me disais ça ça ressemble à mon évaluation ha ça tel superviseur qui m'avait fait ça.* » stipule Élvine. La particularité des capsules pédagogiques réside dans l'opportunité qu'est offerte

à l'interne ou au-la résident-e en médecine de profiter d'un contenu pédagogique traitant de manière condensée d'un sujet ou d'un thème donné dans un format court (1 à 5 minutes en général), ludique, attirant l'œil. L'autonomie de l'apprenant-e est associée à la remise en question de ce que l'interne ou la-la résident-e en possède en termes de connaissances : « *ça m'a aidé à me faire valider dans mon inconfort* » nous apprend Élvine.

Au regard de ce qui précède, nous constatons que le-la jeune médecin en formation acquière des connaissances soit dans un cadre présentiel ou virtuel. Cependant les connaissances acquises dans ces lieux d'apprentissage sont confrontées à des situations cliniques. Ce qui facilite la formalisation des connaissances pratiques. Emma dit :

il y a forcément un décalage parce que les cours sont actualisés parfois ce sont les derniers, en médecine il y a différentes façons de faire, il y a des façons de faire à l'ancienne donc il y a parfois des décalages entre ce qu'on nous apprend au cours et ce qu'on nous dit de faire en stage (Emma, résidente en médecine).

Cela laisse sous-entendre un décalage entre la théorie et la pratique : « *ils essaient de déconstruire notre mode de pensée par rapport aux problèmes par rapport au traitement.* » (Élvine, résidente en médecine). Dans les deux extraits produits respectivement par Emma et Élvine, il en ressort que la construction ou la production des nouvelles connaissances se fait en situation de travail. Et l'expérience est pour beaucoup dans ce processus de capitalisation de connaissances comme observé dans cet extrait :

il le sait quand on en parle on a des groupes d'échanges de pratiques. Nous on a tous eu les cours théoriques et effectivement il faudrait faire ça ça et on sait tous

on a toujours eu des cas ou on avait pas fait comme on avait appris parce que on fait par rapport à la situation par rapport à la personne qu'on a en face de nous quoi (Emma, interne en médecine).

Il est question ici d'un apprentissage par l'expérience sur la situation clinique en présence. Ajoutons quand même et pour terminer que les patients-es participent aussi à l'apprentissage du- de la résident-e ou l'interne en médecine comme on peut l'observer dans ces extraits produits par Emma¹⁸⁸ et Élvine¹⁸⁹. Nous y reviendrons lorsque nous aborderons le chapitre associé à l'autoformation expérientielle comme objectivation de l'autodirection dans l'apprentissage des résidents-es et des internes en médecine.

Ce qui est important à retenir c'est l'information qu'Emma nous donne : il existe un lieu d'apprentissage principal, c'est la situation de travail qui amène à penser à une intégration des expériences facilitant la résolution de la situation-problème. Ce qui veut dire qu'il existe un temps lié à la constatation des besoins d'apprentissage, un temps lié à la satisfaction de ces besoins et un temps de rémediation pédagogique. Tous ces temps sont contrôlés par le-la jeune médecin en formation comme nous allons le voir maintenant.

¹⁸⁸ « En médecine générale, quand on est en période d'épidémie mon médecin généraliste me donne toujours des antibiotiques. » nous apprend Emma.

¹⁸⁹ « Cela arrive souvent qu'ils disent que mon autre médecin a fait ça mais la majorité de fois que je me souvenais c'est qu'il me disait ça parce que ça ne concordait pas avec ce que je leur disais. Peut-être qu'au départ à l'externat quand il y a moins de choses qu'on sait il y a des chances qu'ils nous apprennent quelque chose mais souvent il n'y a pas beaucoup de choses tous les médecins ils disent qu'il y a une chose absolue qu'il faut faire et ils ne sont pas capables de faire la vérité c'est que il y a une infinité de façons de faire et on n'est jamais vraiment et pis les recommandations changent. Je dirais que dans les dernières années c'est pas arrivé qu'ils disent mon médecin m'a fait ça pis je me suis ha c'est intéressant. » dit Élvine.

3.5.3.3. Le contrôle sur le quand apprendre : les temps de l'apprentissage

Le contrôle sur le temps de l'apprentissage est associé au processus d'apprentissage partagé entre les superviseurs-es de stages et les jeunes médecins en formation. Lorsqu'Emma dit : « *c'est nous qui choisissons les dates. Et donc en général.* », on perçoit l'implication du-de la jeune médecin en formation dans l'implémentation du premier temps de l'apprentissage soit ce qui vient avant l'apprentissage : les préalables à l'apprentissage. Si le-la futur-e médecin sait à quel moment fréquenter la faculté de médecine pour acquérir des connaissances déclaratives et conditionnelles pour répondre aux besoins de formation rencontrés en situation, cela veut dire qu'il ou elle est impliqué-e dans la construction de sens *via* l'explication de la situation d'apprentissage et la négociation de ces formes : « *C'est mieux de choisir le cours qui est directement en lien avec le stage qu'on fait.* ». Emma fait allusion aux objectifs d'apprentissage qui sont partagés entre les superviseurs-es de stages et les résidents-es ou les internes en médecine. Ce qui amène à penser à un projet d'apprentissage prenant en compte les affects antérieurs (les savoirs acquis antérieurement) et les affects futurs (les savoirs à acquérir). S'il est démontré qu'on n'apprend qu'à partir des acquis, c'est-à-dire des savoirs déjà maîtrisés (Martel, 2007), l'on est amené à considérer les affects futurs comme des acquis s'intégrant dans une volonté d'utilisation de ces nouvelles connaissances dans une projection de soi dans l'avenir : « *il y a quand même quelques idées pratiques qu'on peut mettre en application très rapidement.* » ajoute Emma. Ce qui dénote d'une part que le-la jeune médecin en formation effectue un exercice de recensement de ce qu'il ou elle sait, ce qu'elle ou il croit savoir et ce qu'il ou elle aimerait savoir. D'autre part, une contextualisation de l'apprentissage comme réponse à une vraie situation-problème.

L'interne ou le-la résident-e en médecine a besoin, en situation de travail, de l'accompagnement du-de la superviseur-e de stages. D'après Élvine, l'accompagnement des superviseurs-es s'apparente à un processus de déconstruction du mode de pensée des jeunes médecins en formation pour l'adapter à celui des médecins chevronnés¹⁹⁰. Ils'agit en fait d'une réflexion sur la pratique. Nous sommes ici dans un exercice de remise en question de l'agir du-de la futur-e médecin afin qu'il ou elle découvre les erreurs commises. Autrement dit, l'accompagnement du-de la superviseur-e de stages amène le-la résident-e ou l'interne en médecine à opérer un regard rétrospectif sur son agir comme dans un miroir et chercher à comprendre comment elle ou il s'y est prise dans la réalisation de l'activité parce que les contraintes du milieu rendent presque obligatoires la pratique réflexive : *« j'estime que c'est mieux. Il avait raison et que effectivement je n'avais pas pensé à cet aspect-là. Donc c'est possible je change ma façon de faire la prochaine fois »* nous apprend Emma. On perçoit une autorégulation proactive provoquée par une régulation rétroactive.

Si dans l'extrait produit par Emma, on constate qu'elle a été accompagnée par les superviseurs-es de stage, on observe par contre chez Marjolaine, une dévalorisation non seulement des savoirs d'expérientiels mais aussi des facilitateurs à l'apprentissage : *« non il n'y avait pas d'autres internes. Pendant le stage il n'y avait pas d'internes. Si il y avait un bon lien et il y avait un manque de confiance en amont. »*. Ce qui nous amène à répertorier et à comprendre ou à rendre

¹⁹⁰ « le but de la supervision est qu'il faut que je raconte le superviseur me dit est-ce que tu as pensé à telle chose est-ce que tu as questionné telle chose. Est-ce que tu es sûr que ce n'est pas autre chose. C'est quoi les examens que tu ferais et pis pour quoi. Tu veux faire une radiographie de l'abdomen pourquoi qu'est-ce que tu cherches pourquoi tu ne proposes pas plutôt ce traitement là et puis on essaie de justifier pourquoi on ferait ça en premier lieu parce qu'on ne pense pas vraiment pas que c'est une thrombophlébite je pense à autre chose. Tel traitement peut être dangereux pour lui. On commence par quelque chose de prudent je pense que c'est surtout comme ça que l'apprentissage est construit. Ils essaient de déconstruire notre mode de pensée par rapport aux problèmes par rapport au traitement. ».

visible les éléments qui amèneront le lecteur ou la lectrice à répondre à la question de savoir ce qui facilite l'apprentissage des résidents-es ou des internes en médecine.

3.5.3.4. Le contrôle sur le qu'est-ce qui facilite l'apprentissage

Parler de contrôle sur les facilitateurs de l'apprentissage expérientiel et ceux de l'autoformation serait un abus de langage puisqu'une fois en situation, le-la résident-e ou l'interne en médecine ne peut pas déterminer à l'avance ces éléments facilitateurs de l'apprentissage. Nous allons plutôt parler de contrôle sur l'accessibilité à ce qui peut faciliter l'apprentissage. Auparavant, signalons qu'il est difficile d'introduire une section totalement réservée aux facilitateurs de l'apprentissage. La contribution de ces éléments à l'apprentissage du-de la résident-e ou de l'interne en médecine est constatée tout au long de l'écriture de ce travail. Mais pour aider le lecteur ou la lectrice à découvrir ce que nous entendons par facilitateurs, nous allons présenter quelques-uns ainsi que leur apport dans la capitalisation des connaissances. Nous avons constaté chez les résidents-es ou les internes en médecine interviewées et qui ont résisté aux situations d'adversité, le développement des facteurs de protection que nous avons associé aux déterminants motivationnels à la base de la persévérance dans le programme. Plus encore, les facteurs de protection jouaient aussi un rôle de support à la transaction interactionnelle.

Nous avons aussi constaté que l'engagement se trouvait au centre du comportement du-de la résident-e ou de l'interne en médecine. Le-la résident-e ou l'interne en médecine entre au 3^e cycle des études médicales avec un bagage expérientiel. Toutefois, pour acquérir des compétences statutaires de médecin, il ou elle devrait acquérir des savoirs expérientiels lui permettant d'exercer comme un-e médecin. La compétence informationnelle est donc pour beaucoup dans la quête expérientielle. Elle a ceci de

particulier qu'elle constitue une aptitude développée par l'interne ou le-la résident-e en médecine qui lui permet d'analyser objectivement la qualité et la pertinence des sources informationnelles consultées ou à consulter. Emma parlera de considération des connaissances conditionnée par le domaine de spécialisation:

En médecine générale, mon père connaît moins en médecine générale. J'ai plutôt tendance à suivre mes médecins généralistes, ce qu'ils disent. À l'hôpital pour des questions, ça ne serait arrivé par exemple pour des questions de réanimations par exemple des situations critiques à l'hôpital. Ça va dépendre du médecin avec qui je suis. Il y a un médecin. Je ne peux dire des situations précises. Oui des fois je suivrai l'avis de mon père dans le cas de la réanimation (Emma, interne en médecine).

Nous avons observé que le recentrage de l'apprentissage sur l'apprenant est renforcé par une activité dans le processus de capitalisation des apprentissages. La facilitation de l'enseignant-e l'aide à pouvoir s'en sortir dans les situations jugées difficiles :

Mon superviseur m'a aidé énormément en permettant de faire cela. Je n'ai pas trouvé une autre personne qui a fait cela. J'ai vraiment apporté une nouvelle affaire, j'ai apporté une psychothérapie avec un patient qui était hospitalisé. En général on ne fait pas ça. Il m'a permis de faire. Il m'a fait confiance. Il m'a écouté (William, résident en médecine).

Nous avons noté que la socioformation (relation formatrice vitale avec les superviseurs-es de stage surtout, avec les co-interne ou co-résidents-es quelque fois) avait ceci de particulier

qu'elle formalise les apprentissages expérientiels. Il ne s'agit plus d'en acquérir mais de valider les apprentissages expérientiels acquis. On perçoit l'idée de capitalisation expérientielle formalisée par les séniors-es. Emma nous parle d'une régulation rétroactive conduite par le père et le maître de stages :

Ça je dirais que ça influence oui quand on en parle avec mon père et quand j'en parle avec le maître de stage parce que du coup hein là par exemple je suis en phase de stage chez un praticien. Je suis toute seule toute la journée et le soir, on a un debrief et c'est la même chose je vais partir vers une direction pour résoudre ma consultation et mon père va me dire oui très bien et on aurait aussi pu faire comme ça. Et c'est ça qui est enrichissant. Et comme cela je sais qu'ils auraient aussi pu faire autrement (Emma, interne en médecine).

Nous avons remarqué que la collaboration entre internes ou résidents-es est plus efficace que celle avec les séniors-es et ceci du fait de l'âge ou du niveau d'études. La confiance instaurée amène l'autre à se confier et à capitaliser d'autres expériences. Pendant la phase de confrontation des expériences, ils développent chez les jeunes médecins en formation des conflits cognitifs nécessaires au développement des savoirs expérientiels. Élvine fera allusion à la capitalisation expérientielle favorisée par la collaboration entre résidents-es en médecine :

Ça arrive quand même qu'on travaille avec d'autres résidents. On se pose les questions entre nous on se donne les conseils en fait oui indirectement j'ai appris d'eux si je peux dire si tu as cette situation là qu'est ce que tu ferais dans ce contexte

là. Oui j'apprends d'eux. Souvent les collègues ça permet de poser les questions honnetement (Élvine, résidente en médecine).

Si nous nous en tenons seulement à ces facilitateurs, nous établissons qu'il s'avère difficile de faire la différence entre les facilitateurs relevant de l'apprentissage expérientiel et ceux relevant de l'autoformation. La rédaction du chapitre sur l'autoformation existentielle pourrait être le point de démarcation de ces deux types de facilitateurs que nous allons répertorier dans la partie conclusive du travail. *In fine*, si les facilitateurs aident le-la résident-e ou l'interne en médecine dans le processus de production et de construction des connaissances, il ne faudrait pas négliger les objets de l'apprentissage dont le contrôle amène aussi à percevoir chez le sujet une attitude autodéterminante.

3.5.3.5. Le contrôle sur le « quoi apprendre »

Emma, interne en médecine, dit : « *c'est nous qui choisissons nos cours. On a toute une liste de cours et c'est nous qui choisissons les dates* ». Il ressort ici une appropriation par le-la jeune médecin en formation de son procès d'apprentissage. Lorsqu'Emma ajoute que « *c'est mieux de choisir le cours qui est directement en lien avec le stage qu'on fait* », elle amène à considérer un besoin de connaissances déclaratives et conditionnelles qui seront confrontées aux situations de travail appropriées. Retenons aussi que c'est l'impétrant-e qui choisit le cours. Ainsi lorsqu'Élvine, résidente en médecine, dit qu'il « *y a une partie qui est laissée à nous même propice à notre propre autonomie et il y a une partie qui est plus formalisée* », il faudrait percevoir la centration de l'apprentissage sur l'apprenant-e sans pour autant négliger l'apport aussi important des établissements de formation médicale. L'autonomie est associée à la capacité du-de la jeune

médecin en formation à déterminer ce qu'il ou elle devrait acquérir en termes de connaissances déclaratives ou pratiques pour faire face aux situations cliniques rencontrées ainsi qu'à la capacité à négocier le choix de ce qu'il faudrait apprendre avec les superviseurs-es de stages. Il en ressort que si on reconnaît au-à le jeune médecin en formation une aptitude à faire le choix de ses cours, on ne lui reconnaît pas par conséquent l'entièreté de la responsabilité dans le choix de ce qu'il faudrait apprendre :

il y a différents niveaux d'apprentissage il y a ce qui est obligatoire pour tous les résidents du Québec et du Canada il y a ce qui est obligatoire pour les résidents de montréal pis il y a des activités intraumf (Élvine, résidente en médecine).

Élvine n'apporte apparemment rien de nouveau puisqu'il est connu que chaque jeune médecin en formation au 3^e cycle des études médicales ne peut que capitaliser les connaissances en lien avec leur production ou leur construction dans les situations de travail dicit Grégoire, Gagné, Montreuil et Cummings (2016). Mais à bien regarder, on observe qu'elle évoque la notion de disparité dans les objets d'apprentissage qui appelle à considérer une disparité des méthodes d'apprentissage et d'accès à l'objet d'apprentissage.

3.5.3.6. Contrôle sur le « comment l'apprendre » : les conceptions de l'apprentissage

L apostrophe réfère à l'objet de l'apprentissage. Il faudrait donc comprendre l'association avec les moyens d'apprentissage. Lorsqu'Élvine, résidente en médecine, dit que « *les congrés c'est nous qui les choisissons quand est-ce qu'on les fait les simulations je les ai recherchées je les ai fait plus mais certaines programmes essaient de plus en faire mais il y a beaucoup de disparités entre les milieux* », on note ici un apprentissage par la découverte qu'on retrouve aussi

chez Emma, interne en médecine : « *si on choisit bien on peut mettre en application assez vite donc que. C'est pour cela qu'il faut directement un lien soit directement avec le stage ou avec la pratique.* ». Que ce soit par les congrès, par les simulations tels énoncés par Élvine, ou par le suivi des cours à la faculté de médecine tel rencontré dans le discours d'Emma, le-la jeune médecin en formation apprend par réorganisation ou par transformation d'un apprentissage acquis dans un cadre formalisé ou non. L'incorporation de ce nouvel apprentissage est favorisée par la dialectisation¹⁹¹ :

il le sait quand on en parle on a des groupes d'échanges de pratiques. Nous on a tous eu les cours théoriques et effectivement il faudrait faire ça ça et on sait tous on a toujours eu des cas ou on avait pas fait comme on avait appris parce que on fait par rapport à la situation par rapport à la personne qu'on a en face de nous quoi (Emma, interne en médecine).

C'est la constatation du manque dans la théorie à appliquer qui appelle à une satisfaction du manque par la pratique en situation. C'est le-la résident-e ou l'interne en médecine qui découvre l'objet de l'apprentissage et qui en même temps apprend. Dans cette perspective, le sujet apprend aussi en travaillant comme nous pouvons l'observer dans cet extrait dans lequel Élvine évoque une progressivité dans l'apprentissage de l'acte de prescrire :

je pense on prescrivait. Je pense que c'est une grande différence avec la France là. Ils nous enseignaient à faire beaucoup de choses là comme externes. On a besoin

¹⁹¹ Donner une forme dialectique à un raisonnement.

d'être contresignés. Mais on part voir le patient, on fait l'examen physique, on fait un essai de nos idées diagnostiques, on fait un essai d'écrire un plan de traitement puis après ça c'est vérifié par le résident ou par le superviseur qui va contresigner (Élvine, résidente en médecine).

Il découle de ce qui précède que le-la jeune médecin en formation est accompagné-e tout au long de l'apprentissage de l'acte de prescrire les médicaments. En partageant leurs savoirs expérientiels, les superviseurs-es aident le-la résident-e ou l'interne en médecine à s'améliorer. Si le-la jeune médecin est acteur ou actrice de ses apprentissages, il subit néanmoins la facilitation ou l'accompagnement du-de la superviseur de stages comme on peut l'observer dans cet extrait produit par Emma :

c'est l'expérience en général. Les chefs ils ont déjà vu pleines de situations. Ils ont déjà probablement eu à faire avec cette situation là. Ils ont des choses à l'époque, ils ont tiré des conclusions. Et ça ça nous aide effectivement et il n'y a pas mieux que l'expérience en médecine. il n'y a que les personnes plus âgées que nous pour nous aider quoi (Emma, interne en médecine).

Découle de ce qui précède d'une part, que la situation de travail offre des occasions pour les jeunes médecins en formation de s'approprier des connaissances significatives. D'autre part, on perçoit une réutilisation des connaissances capitalisées dans d'autres contextes particuliers : « *Oui. J'estime que c'est mieux. Il avait raison et que effectivement je n'avais pas pensé à cet aspect-là. Donc c'est possible je change ma façon de faire la prochaine fois* » (Emma, interne en médecine).

Dans cet apprentissage par l'expérience¹⁹², le soutien direct ou indirect est indispensable. Les interactions d'assistance du-de la superviseur-e de stages permettent au-à la jeune médecin en formation d'apprendre à organiser ses conduites afin de pouvoir résoudre tout-e seul-e la-les situation-s qu'il ou elle ne savait pas résoudre au départ. La logique qui se dégage de cette conception de l'apprentissage par l'expérience est le renouvellement des connaissances et habiletés en contexte. Ce qui laisse penser à une réflexion sur l'expérience afin d'en percevoir le sens. Ce qui objective/facilite le réinvestissement des nouveaux savoirs acquis. En définitive, l'apprentissage par l'expérience sous-entend une continuité transactionnelle de l'expérience c'est-à-dire que l'expérience acquise aujourd'hui emprunte quelque part à celle déjà capitalisée antérieurement mais aussi participera à la modification des expériences acquises ultérieurement (Dewey, 1916).

Cependant l'expérience acquise antérieurement, présentement ou ultérieurement pour être adaptée à la situation de travail, subit toujours l'influence du-de la superviseur-e de stages. On parle ici de processus de formalisation de pratiques. La formalisation des pratiques suit une démarche que nous pouvons qualifier de régulation rétroactive :

le superviseur me dit est-ce que tu as pensé à telle chose? Est-ce que tu as questionné telle chose? Est-ce que tu es sur que ce n'est pas autre chose. C'est quoi les examens que tu ferais et pis pour quoi. Tu veux faire une radiographie de

¹⁹² Acquisition des apprentissages expérientiels via la participation à une tâche authentique.

l'abdomen pourquoi? Qu'est-ce que tu cherches? Pourquoi tu ne proposes pas plutôt ce traitement là (Élvine, résidente en médecine).

Ce qui ressort ici est l'adjectif rétroactif qui réfère à l'exercice sur le résultat ou sur le produit d'une activité antérieure : *«Et puis on essaie de justifier pourquoi on ferait ça en premier lieu parce qu'on ne pense pas vraiment pas que c'est une thrombophlébite.»* dit Élvine. On ne peut donc parler de rétroactif si et seulement si le second apprentissage a modifié positivement le premier apprentissage (proactif) : *« ils essaient de déconstruire notre mode de pensée par rapport aux problèmes par rapport au traitement »* ajoute Élvine. Dans cette conception de l'apprentissage, la médiation se situe entre le-la superviseur-e de stages et ce qu'a à apprendre le-la jeune médecin en formation tout en prenant en compte ce que celle-ci ou celui-ci dispose mentalement pour le faire. Étant donné que le-la résident-e ou l'interne en médecine vit son quotidien sous le mode la souffrance psychologique, la médiation vise le développement de l'intelligence émotionnelle, ce qui permet au-à la futur-e médecin de reconnaître et transformer son propre état émotionnel comme on peut l'observer dans cet extrait dans lequel Emma évoque une distance retrouvée liée à la rencontre avec le chef¹⁹³.

Entre Emma et son chef, il y a eu un transfert de procédures à prendre en compte pour s'en sortir, face à l'adversité. Ce qui est ressorti de cette médiation, ce sont des savoirs que nous pouvons ranger dans le registre des savoirs expérientiels. Il n'est plus question pour le sujet de faire preuve de prouesse intellectuelle seulement mais aussi de savoir surmonter l'adversité

¹⁹³« J'ai appelé ma chef pour lui dire que là c'était trop. Il y a plusieurs d'autres situations qui m'ont touchées et puis je n'ai plus jamais effondré comme ça. Je pense que j'ai trouvé une certaine distance ». (Emma, interne en médecine).

objectivée par la régulation émotionnelle. Ce développement intégrant à la fois émotions, pensées et capacité d'évolution situe l'expérience comme découlant « de toutes les situations qui accompagnent un élargissement de la pensée » (Linderman, 1926, p.110).

Si l'expérience permet d'accéder à l'objet de l'apprentissage (*Ibid.*), il n'en demeure pas moins qu'on ne peut déconsidérer le processus de capitalisation des savoirs expérientiels comme méthode d'apprentissage et d'appropriation de l'objet de l'apprentissage. Les savoirs d'expérience sont les « savoirs y faire » acquis sur le champ de la pratique. Autrement dit des connaissances explicitables élaborées par le-la résident-e ou l'interne en médecine à partir des expériences professionnelles qu'elle ou il a vécues sur le terrain de la pratique. Prendre en compte ces savoirs reviendrait à considérer aussi ce que les internes et résidents-es en médecine retirent de leur collaboration aussi bien avec les pairs-es, les paramédicaux et les patients-es experts-es. En référence à la conception de l'apprentissage coopératif, nous avons observé que les futurs-es médecins travaillaient ensemble. La logique qui sous-tend le travail en groupe est la capitalisation expérientielle qui est favorisée par les interactions sociocognitives. Il ne s'agit plus ici d'un apprentissage par la découverte mais plutôt d'un apprentissage coopératif au regard des composantes qui sous-tendent ce type d'apprentissage : le regroupement des résidents-es ou des internes en médecine¹⁹⁴; l'interdépendance positive (responsabilisation mutuelle)¹⁹⁵, la responsabilité individuelle (Chaque résident-e ou interne en médecine est responsable de ses apprentissages)¹⁹⁶, les habiletés coopératives¹⁹⁷, la posture du superviseur-e de stages qui devient observateur ou observatrice ou

¹⁹⁴ « *Quand même. Ça arrive quand même qu'on travaille avec d'autres résidents.* » dit Élvine.

¹⁹⁵ « *On se pose les questions entre nous on se donne les conseils en fait oui indirectement* » dit Élvine.

¹⁹⁶ « *j'ai appris d'eux si je peux dire si tu as cette situation là qu'est ce que tu ferais dans ce contexte là. Oui j'apprends d'eux.* » stipule Élvine.

¹⁹⁷ « *Souvent les collègues ça permet de poser les questions honnêtement.* »

qui est absent-e¹⁹⁸. Il découle de ce qui précède les notions de mutualisation des compétences, de complémentarité, de préétablissement des objectifs et de méthode de travail. L'apprentissage coopératif s'ancre donc dans le socio-constructivisme vygotkien (Vygotsky, 1934) puisque l'apprenant-e soit le-la jeune médecin en formation est l'agent-e de son apprentissage et de celui des autres membres du groupe, par le partage réciproque des savoirs :

l'avantage est qu'il avait d'autres résidents la nuit et que dès le début de la nuit, j'essaie d'encourager l'autre pour qu'on s'entraide. [...] les seules fois où j'étais plus autonome, c'était dans les gardes de nuit où le patron n'est pas sur place
(Élvine, résidente en médecine).

Il en ressort de cet extrait produit par Élvine un accès à l'objet de l'apprentissage et une méthode d'apprentissage favorisée par l'utilisation des canaux informels.

La disparition des superviseurs-es de stages occasionne une détente des rapports sociaux. Nous avons observé que les résidents-es ou internes en médecine travaillaient en collaboration avec les infirmiers-ères, avec les aides-soignants-es ou préposés-es aux bénéficiaires. Les préposés-es aux bénéficiaires ou aides soignants-es travaillent sous la responsabilité des infirmières. Cela veut dire que ces personnels rendent compte de leurs activités aux infirmières. Étant donné que les aides soignants-es ou préposés-es aux bénéficiaires n'ont pas accès au dossier

¹⁹⁸ « Les seules fois où j'étais plus autonome c'était dans les gardes de nuit où le patron n'est pas sur place. [...] L'avantage est qu'il y avait d'autres résidents la nuit et que dès le début de la nuit, j'essaie d'encourager l'autre qu'on s'entraide. Je suis tout le temps tomber sur des gens qui étaient très...c'était un travail d'équipe. J'avais tout le temps quelqu'un à qui poser la question».

médical, les réalisations de ces personnels sont prises en compte lors de l'écriture des notes au dossier infirmières :

quand j'ai besoin d'un renseignement savoir comment c'est passé la toilette par exemple, est-ce qu'il a eu mal pendant la toilette, quand il y a des problèmes au niveau moral quand il y a des petites notes de notées oui je vais regarder (Emma, interne en médecine).

Il ressort de cet extrait une collaboration infirmière-futur-e médecin prenant en compte le travail des aides-soignants-es ou préposés-es aux bénéficiaires dans la mesure où les infirmières ne font pas les toilettes des malades. Ainsi en allant consulter les notes infirmières, Emma relève les informations nécessaires à la réussite de la prise en charge du-de la patient-e. La considération du personnel infirmier constitue la condition *sine qua non* à la réussite de ce travail collaboratif résidents-es ou internes en médecine/infirmiers-ères :

Pas avec moi. Ça m'est rarement arrivé de demander et que les infirmières refusent de m'aider. Je prends le temps avec qu'elles. Je les inclue dans l'équipe. Il n'y a pas les médecins tout en haut qui prennent les décisions et les infirmières qui appliquent. Les infirmières sont là pour m'aider aussi. Et je m'appuie sur ce qu'elles disent. Je leur demande des conseils (Emma, interne en médecine).

Considérer les infirmières, c'est les inclure dans le processus de décision. Se sentant ainsi incluses, cela augmente leur estime d'elles-mêmes et elles sont prêtes à donner le meilleur d'elles-même pour venir en aide à la-le résident-e ou à l'interne en médecine. Conséquemment, la collaboration avec les infirmiers-ères ou aides-soignants-es ou préposés-es aux bénéficiaires

favorise la synergie des connaissances et des compétences provenant des différents-es professionnels-les de la santé engagés-es dans la prise en charge des patients-es comme on peut l'observer dans cet extrait dans lequel Emma évoque une référence aux sources informationnelles infirmières lorsqu'elle éprouve des difficultés d'ordre professionnelles en situation de travail :

« Par exemple en cancérologie par exemple, mes premiers stages d'interne, j'ai souvent demandé comment ça se passe, comment vous faites. Quels sont les protocoles, comment vous avez l'habitude de gérer cette situation-là aux infirmiers ». La logique qui sous-tend l'apprentissage collaboratif est l'incorporation des façons de faire et d'être. La construction des nouveaux apprentissages expérientiels est facilitée par l'extériorisation d'habitus. Même si cet apprentissage collaboratif est basé sur la collaboration entre jeunes médecins en formation et infirmiers-ères, il faudrait prendre en compte le fait que c'est le-la résident-e ou l'interne en médecine qui va vers l'infirmier-ère parce qu'il ou elle se trouve en difficulté. Le-la futur-e médecin puisant ses apprentissages dans les ressources informationnelles infirmières, cela sous-entend un engagement du sujet dans un processus dynamique et réflexif pendant lequel le-la jeune médecin en formation construira ses connaissances : *« Donc parler j'ai demandé beaucoup aux infirmières au début, qu'est-ce que vous avez l'habitude de faire? Qu'est-ce qu'on fait dans ce cas-là et puis d'en reparler avec mon chef »* (Emma, interne en médecine). On perçoit ici une contribution des sources informationnelles infirmières à l'assimilation c'est-à-dire l'incorporation des éléments du contexte aux schèmes cognitifs existants. En demandant aux infirmiers-ères ce qu'on a l'habitude de faire dans telle situation ou telle autre et, en confrontant l'information reçue avec celle du-de la superviseur-e de stages, le-la résident-e ou l'interne en médecine passe d'une structure cognitive à une autre. Ce qui lui permet d'atteindre la compétence visée. Il en découle donc par analogie un développement du sujet *via* les interactions sociales,

développement objectivé par les nouvelles notions et nouveaux habitus non capitalisés auparavant (Piaget, 1923).

Si les apports des habitus infirmiers à l'apprentissage en contexte des résidents-es et des internes en médecine peuvent être rangés dans le registre des savoirs à formaliser¹⁹⁹, les savoirs profanes détenus par les patients-es sont plutôt rangés dans celui des savoirs singuliers. Le- la patient-e en tant qu'expert-e profane interpelle l'expert scientifique qu'est le-la résident-e ou l'interne en médecine et lui annonce qu'il ou elle en sait long sur sa maladie. Il ou elle en tant que patient-e parce qu'il ou elle vit avec sa maladie, a pris du recul pour non seulement l'accepter mais aussi pour la gérer au quotidien. Preuve est de constater que lors des consultations, le-la patient-e pose des questions à l'expert-e scientifique, discute des réponses et parfois apporte au-la résident-e ou à l'interne en médecine des informations. Cette interaction de l'expert-e scientifique avec le savoir profane expérientiel a ceci de particulier qu'elle « *fait un reflet de ce que tu as comme habiletés de ce que tu as comme techniques. Et le fait de faire ce reflet c'est intéressant cela permet de s'ajuster* » nous apprend William, résident en médecine. Le reflet réfère ici à la remise en question. L'ajustement qui s'en suit n'est rien d'autre que l'apprentissage au-delà des limites formelles dérivant du rapprochement entre les savoirs universels (savoirs et pratiques détenus par le-la jeune médecin en formation) et les savoirs singuliers (savoirs profanes). Ce qui sous-entend

¹⁹⁹ Les infirmiers-ères travaillent auprès des médecins séniors-es. Cela veut dire qu'ils ou elles assistent les médecins séniors-es dans la réalisation des actes médicaux. Ayant participé à la réalisation de plusieurs actes médicaux, les infirmiers-ères sont à même d'accompagner les futurs-es médecins dans la capitalisation expérientielle. Cependant, les savoirs expérientiels puisés dans les sources informationnelles infirmières ne peuvent être rangés dans le registre des savoirs universels puisqu'ils ou elles ne sont pas des médecins.

une considération des savoirs profanes c'est-à-dire la prise en compte de leurs apports à l'adaptation des savoirs médicaux universels aux situations de travail (Coleman, 1995).

Le-la patient-e n'est pas seulement un-e partenaire. Il ou elle est aussi une ressource en ce sens qu'il ou elle constitue un terrain de pratique :

Il y a des patients partenaires aussi qui sont là au préclinique puis à l'externat qui ont été formés pour que les étudiants puissent pratiquer sur eux. On fait les commentaires sur comment ils se sont sentis. C'est clair que ces gens là participent à notre apprentissage (Élvine, résidente en médecine).

Le-la patient-e s'assimile ici au simulateur en ce sens qu'il ou elle reproduit systématiquement les réactions qu'auraient affichées un-e vrai-e patient-e dans telle ou telle autre situation clinique. Même si les situations cliniques simulées par le-la patient-e ou (simulées) automatiquement ne peuvent remplacer les stages cliniques hospitaliers, elles permettent au-à la futur-e médecin d'acquérir non seulement des savoirs expérientiels (supervision du-de la superviseur-e de stage ou du-de la chef de laboratoire) mais aussi les préparent psychologiquement à affronter les situations émotives réelles auxquelles ils ou elles seront confrontés-es en situation de travail. Ce qui est à retenir de cet apprentissage par la simulation, c'est le débriefing post-situationnel, processus pendant lequel le-la résident-e ou l'interniste en médecine réfléchit sur l'expérience concrète (vécue) et développe par la suite de nouveaux apprentissages qui seront vérifiés dans une situation ultérieure. (Kolb, 1984).

Ajoutons que ces voies s'enfouissent dans des conceptions et processus d'apprentissage expérientiel que nous nous proposons de répertorier en partie dans le schéma 43 ci-dessus.

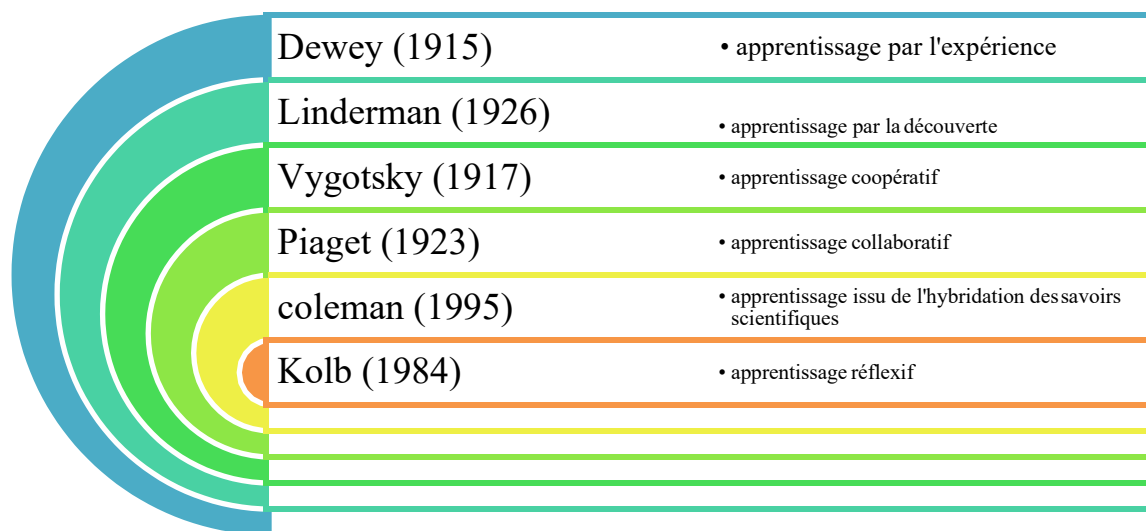


Schéma 43. Conceptions des processus d'apprentissage expérientiel

In fine, contrôlant leur apprentissage, les résidents-es ou les internes en médecine démontrent qu'ils ou elles sont autodéterminés-es. Le-la jeune médecin en formation étant capable d'agir sans influence externe, il ou elle démontre que son comportement est autorégulé. Cela amène à percevoir une régulation comportementale en fonction des caractéristiques du milieu et de son répertoire comportemental afin de résoudre adéquatement les problématiques cliniques. Ce qui ressort ici c'est le contrôle sur les actions commises et sur les conséquences de celles-ci sur l'environnement. Si nous nous en tenons à ce qui précède, nous percevons une association entre le contrôle social (contrôle sur l'environnement), pédagogique (contrôle pédagogique) et psychologique (contrôle sur l'apprentissage).

Autrement dit plus le-la jeune médecin en formation est apte à faire face aux stressors occupationnels pour se développer, plus la probabilité de réussir est élevée. *A contrario*, moins il ou elle a acquis l'aptitude à s'en sortir plus il ou elle aura besoin de plus d'accompagnement. Et étant donné que le-la superviseur-e de stages est constamment exposé-e à la problématique de la surcharge cognitive, la

hiérarchisation des activités amène à faire des choix d'activités par rapport à d'autres et pas forcément la supervision des jeunes médecins en formation : « *ils sont aussi préoccupés par leur propre horaire, leurs propres objectifs personnels parfois pas toujours compatibles avec les objectifs d'encadrement.* » nous apprend Élvine. L'accès à l'objet d'apprentissage ainsi que les méthodes d'apprentissage favorisant l'accès à celui-ci deviennent en partie la responsabilité des jeunes médecins en formation. Ce qui nous amène à présenter le schéma 44 à partir duquel le lecteur ou la lectrice observera que la prise du pouvoir sur la pédagogie est entretenue par la stabilité organisationnelle mais supportée par l'aptitude à satisfaire par soi-même ses besoins et la prise de pouvoir sur l'environnement. En disposant l'autodirection comme dimension soutenue par les trois objets objectivant le lien autonomie et autodirection, le schéma 41 amène aussi à voir un véritable processus de libération éducative.

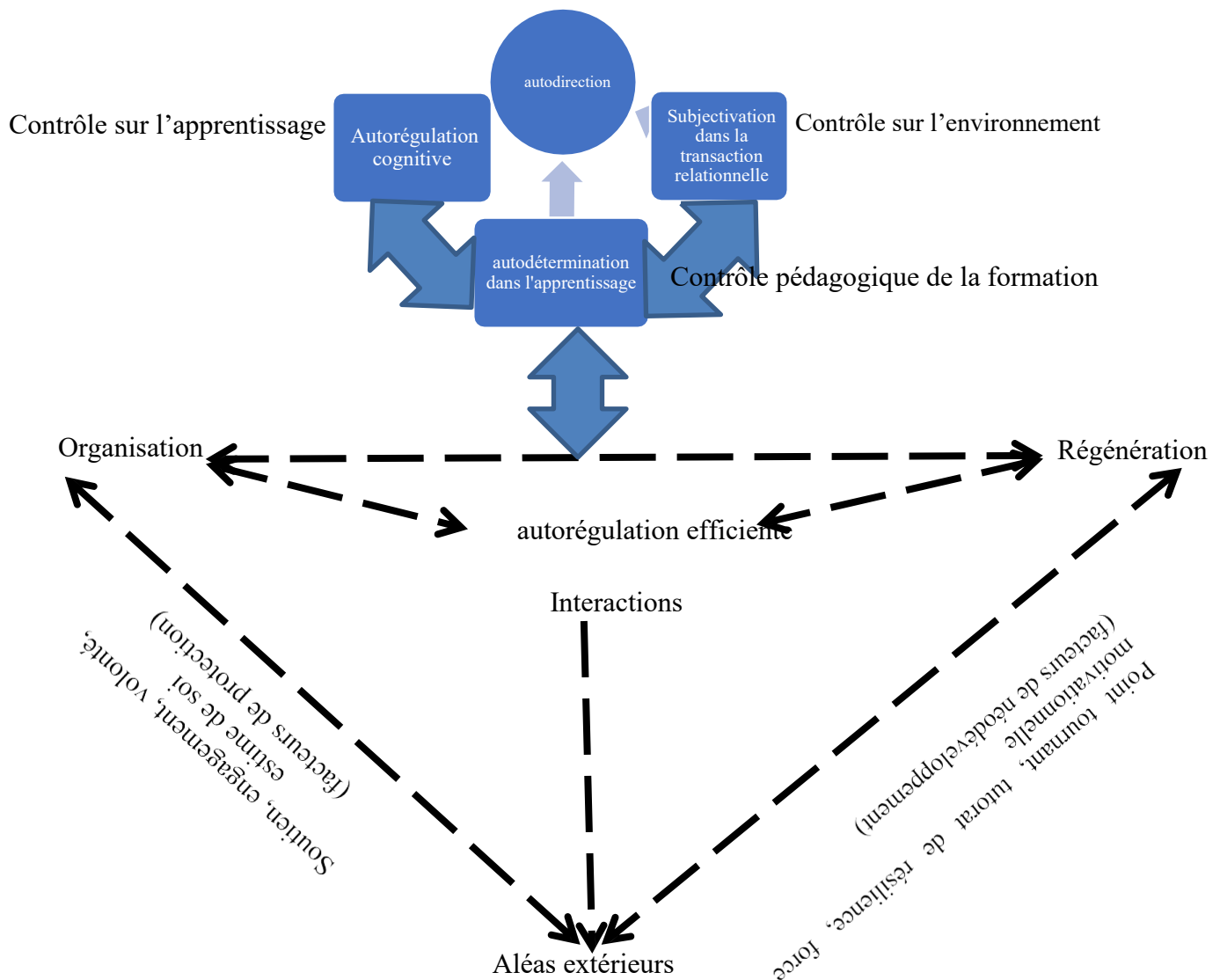


Schéma 44. Contrôle de l'apprentissage et foyer autoorganisationnel invisible

Disons quand même à la suite de ce schéma 44 que « l'apprenant autodirigé est à la fois fortement engagé dans son propre projet (autodétermination), armé de techniques et de ressources cognitives, matérielles et humaines dont il est capable de réguler les usages en fonction de ses propres objectifs (autorégulation), le tout étant fortement soutenu et dynamisé par un sentiment affirmé de son efficacité personnelle à apprendre » (Bandura, 1990, p.46). Ce qui ressort de cette

assertion c'est la capacité autodirective résumée par le schéma 44 et qui soutient ce que nous appelons l'autoformation expérientielle. Ce qui demande à prendre en compte l'expérience comme facteur essentiel de l'autoformation dans les situations de travail comme on peut l'observer dans cet extrait produit par Emma : « *Tu demandes de l'aide à qui tu peux. Tu demandes de l'aide à ton co-interne. Tu demandes de l'aide aux infirmiers. Tu vas chercher sur internet ce que tu peux. Tu reprends tes bouquins. Tu fais comme tu peux.* ». On observe ici qu'Emma dirige par elle-même sa formation et ses apprentissages, ceci étant objectivé par la détermination des sources expérientielles. Le recours aux sources expérientielles relève d'une certaine hétérodoxie motivée par la vision différenciée de la médecine. :

Il y a certains qui ont une vision très différente de la médecine. C'est pas que je n'ai pas confiance. J'essaie de ne pas fonctionner comme cela et du coup pas plus du recul sur ce qu'ils disent. Je ne vais pas forcément suivre ce qu'ils me disent de faire (Emma, interne en médecine).

En prenant en considération ce que disent certains-es superviseurs-es au détriment des autres, Emma fait preuve d'autodirection et d'autoformation expérientielle. L'autodirection réfère à la disposition à apprendre alors que l'autoformation expérientielle fait plutôt référence au recours des sources informationnelles à partir desquelles le sujet construit ses apprentissages expérientiels. S'il peut avoir autodirection sans autoformation expérientielle, il ne peut avoir autoformation expérientielle sans autodirection.

3.6. L'autoformation expérientielle boostée par l'autodirection des apprentissages

Nous ne reviendrons plus sur les dimensions de l'autodirection. La paradoxalité de l'apprentissage en contexte d'autoformation expérientielle n'est pas un donné pour soi. Le sujet ne s'improvise pas autoformateur, il est obligé par la force des choses. À côté des connaissances construites dans la transaction avec le-la superviseur-e de stages, le-la résident-e ou l'interne en médecine profite aussi d'autres sources expérientielles d'apprentissage. Le schéma 45 ci-dessus met à disposition les différentes sources expérientielles à partir desquelles le-la jeune médecin en formation construit ou produit ses connaissances. Ce qui est certain c'est que la construction ou la production des connaissances est conditionnée par une double relation du savoir par rapport à l'expérience : les connaissances acquises par le-la jeune médecin en formation tire leur origine des expériences vécues; d'autre part, ces connaissances sont formalisées dans de nouvelles expériences vécues.

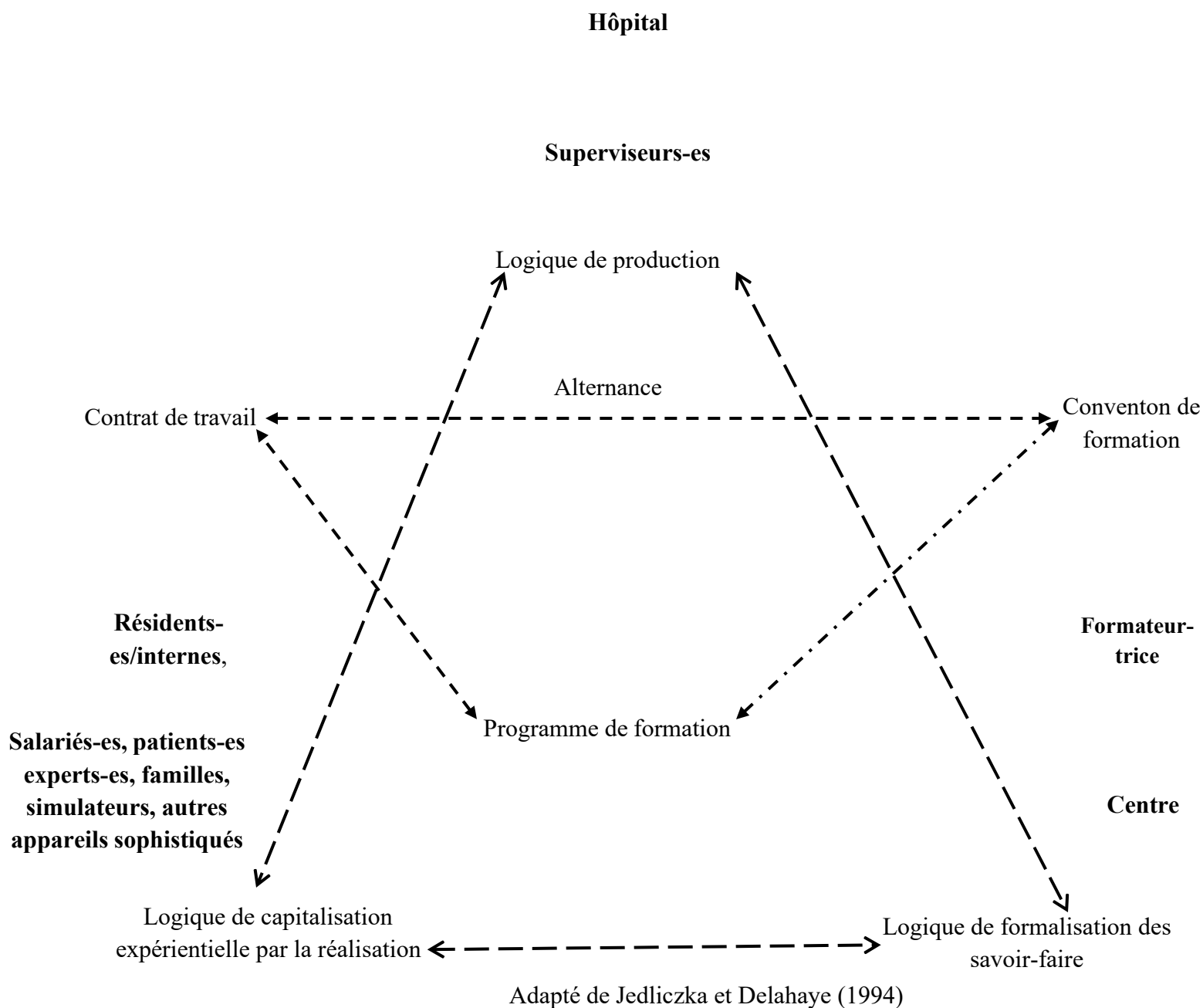


Schéma 45. Intégration en situation des sources expérientielles

L'hôpital réfère au terrain clinique c'est-à-dire le milieu dans lequel se forme le-la jeune médecin en formation. Tout au long de sa formation en résidence et en internat en médecine, le-la jeune médecin en formation entre en interaction avec les salariés-es (infirmiers-ères, aides-soignants-es,); les patients-es et leurs familles et les superviseurs-es de stage; il ou elle utilise des simulateurs ou autres appareils sophistiqués pour se former. Lorsque le-la résident-e ou l'interne en médecine fréquente la faculté de médecine, il ou elle est accompagné-e par les enseignants-es universitaires qui peuvent être des médecins (travaillant et enseignant) ou des professeurs-es spécialisés-es dans d'autres domaines connexes à la médecine. C'est à partir de ces supports expérientiels que nous allons définir l'autoformation expérientielle des résidents-es ou des internes en médecine. commençons par l'apport du savoir profane à la construction des connaissances du-de la jeune médecin en formation.

3.6.1. Le-la patient-e expert-e, un reflet de connaissances

Traditionnellement, le-la patient-e constitue, sur le champ hospitalier, celui ou celle sur qui le-la futur-e médecin agit. Si nous prenons l'exemple d'un-e patient-e diabétique, le vécu avec la maladie diabétique est double. Non seulement il souffre d'une maladie chronique mais aussi il vit avec cette maladie. Souffrir d'une maladie chronique, c'est éprouver des souffrances morales, c'est être particulièrement affecté par des difficultés inhérentes au diabète. Sur le plan psychologique, la personne éprouve une révolte et une incompréhension suite à l'annonce de la maladie. Certains personnes affectées consultent des psychologues qui par des procédés psychothérapeutiques, leur feront accepter leur maladie. En revanche, vivre avec la maladie chronique, c'est la connaître; c'est avoir changé de comportements. Dans le cas du diabète, le patient change ses habitudes

alimentaires; il est appelé à prendre des médicaments; dans certains cas, il doit apprendre à manipuler des injections. Auparavant signalons que ces changements opérés dans la vie du-de la patient-e n'ont été rien d'autres que des consignes thérapeutiques dérivant des ordonnances médicales. Seulement si le-la patient-e reçoit du médecin des orientations ainsi que des solutions pour mieux vivre avec sa maladie, il n'en demeure pas moins que celle-ci ou celui-ci se « médicalise ». Se « médicaliser » réfère ici à se documenter pour comprendre les différents signes et symptômes de la maladie. Ainsi lorsque le diabétique souffre d'une polyurie (sécrétion excessive d'urine), il va chercher à comprendre la physiopathologie de ce signe. Ainsi de suite. À côté de ces actions autonomes de quête de savoir sur sa maladie, il s'y trouve aussi les savoirs inhérents aux séances formalisées dans le contexte d'éducation thérapeutique du-de la patient-e. Ces séances sont en fait un processus de renforcement des capacités du malade ainsi que de son entourage afin que ceux-ci ou celles-ci puissent prendre en charge l'affection qui les touchent. En rendant ainsi autonome le-la patient-e par l'appropriation de savoirs et de compétences afin que celle-ci ou celui-ci devienne l'acteur ou l'actrice de son changement de comportement et de sa prise en charge, le-la malade change de statut et devient personne détentrice d'un savoir profane expérientiel : « les récits de personnes atteintes d'une maladie chronique offrent un éclairage sur les multiples dimensions de l'expérience de la maladie vécue à la première personne (*illness*); elles sont porteuses d'un savoir complémentaire à celui des soignants (lequel se focalise sur la maladie en tant que *disease* » (Breton et Rossi, 2017, p.1).

La confrontation du savoir profane expérientiel avec le savoir scientifique détenu par le-la futur-e médecin renforce la notion d'imputabilité des médecins et des futurs-es médecins mais aussi expose les détentrices ou détenteurs des savoirs scientifiques à une contre-expertise.

D'ailleurs, soutenu et développé par les associations de citoyens et/ou de patients, l'émergence du concept de patient expert « a fait florès dans une société inquiète où la méfiance à l'endroit des experts se transforme en suspicion à l'égard de la science » (Grimaldi, 2014, p.273). Le-la patient-e expert-e est donc celui ou celle qui non seulement en sait long sur sa maladie mais aussi celui ou celle qui a su prendre le recul pour accepter et gérer sa maladie au quotidien. On assiste donc à un-e patient-e qui a capitalisé des savoirs expérientiels acquis tout au long du processus de quête d'amélioration de sa condition de patients-es. C'est tout naturellement que ce patient ou cette patiente « pose des questions, discute les réponses et, parfois, apporte des informations à l'expert scientifique » (*Ibid.*).

Ainsi lorsqu'Emma parle de l'apport du patient dans la capitalisation expérientielle²⁰⁰, elle fait allusion aux savoirs expérientiels acquis au cours de la transaction avec le-la patient-e. William n'est pas d'accord avec cette version du-de la patient-e comme détenteur ou détentrice de savoirs expérientiels susceptibles d'intéresser le-la futur-e médecin. Pour lui, les savoirs expérientiels des patients-es sont une sorte de reflet « *de ce que tu as comme habiletés de ce que tu as comme techniques. Et le fait de faire ce reflet c'est intéressant. Cela permet de s'ajuster. Il faut avoir un impact positif sur le patient.* ». Élvine va en congruence avec Emma :

par exemple il y a une patiente elle avait comme dix diarrhées par jour depuis des années pis je trouvais ça bizarre. Je l'ai juste convaincu d'aller prendre une coloscopie et là quand elle a fait sa coloscopie le gastro qu'elle a vu lui a fait une biopsie et il lui a diagnostiqué une colique microscopique et pis je n'avais aucune

²⁰⁰ « En médecine générale, quand on est en période d'épidémie, mon médecin généraliste me donne toujours des antibiotiques ».

idée de ce que c'était. Je suis allé lire sur la colique microscopique. Oui j'apparis par le fait que cette patiente là a subi un examen pis qu'elle m'en a parlé (Élvine, résidente en médecine).

Au regard de ce qui précède, le-la patient-e constitue l'objet-humain sur lequel réfléchit l'action du-de la futur-e médecin. On observe ici une disposition du-de la patient-e à dire sa maladie et l'émergence d'actions de formation mises en œuvre par le-la futur-e médecin. Le reflet auquel William fait allusion est mieux perçu dans les propos d'Elvine : « *cela arrive souvent qu'ils disent que mon autre médecin a fait ça mais la majorité de fois que je me souvenais c'est qu'il me disait ça parce que ça ne concordait pas avec ce que je leur disais* ». Le-la patient-e n'est plus un-e patient-e, il devient un sujet avec lequel on peut entrer en conversation pour vérifier la solidité de nos compétences. Ce retour sur l'expérience *via* le reflet que cause les savoirs expérientiels du-de la patient-e sur les savoirs scientifiques peut être qualifié d'autoformation : « Les savoirs en santé ne sont plus exclusivement construits dans les processus de clinique organisés par le corps médical mais peuvent résulter aussi de formes d'auto-clinique gérées par des groupes de malades, comme c'est le cas en rhumatologie, diabète, SIDA et pour des troubles psychiques ou des syndromes méconnus ou mal reconnus. » (Las Vergnas, 2009, p.13).

3.6.2. Le recours aux références infirmières comme savoirs expérientiels

Nous avons constaté que le-la patient-e constituait une source d'informations pour le-la futur-e médecin. Seulement l'effet de la blouse blanche empêche très souvent toute interaction entre le-la patient-e et le-la jeune médecin en formation comme on peut l'observer dans cet extrait produit par Emma dans lequel elle évoque une collaboration interne/aides-soignants-es :

Dans une question de prise en charge globale, les aides-soignantes sont les gens qui passent plus de temps auprès du malade puisqu'elles font les toilettes, elles font tout ça. Elles nous apportent énormément d'informations que nous on a pas. Les patients vont dire aux aides-soignantes ou avoir des comportements avec les aides-soignantes que nous on ne connaît pas. Nous quand on fait la visite le temps qu'on a si on a 15 patients la matinée on ne passe pas beaucoup de temps avec les patients. Donc on passe à côté de pleines de choses. Il y a pleines de choses que les patients ne disent pas et qu'ils disent aux aides-soignantes (Emma, interne en médecine).

Les aides soignants-es travaillent sous la responsabilité des infirmières. Cela veut donc dire que ces personnels rendent compte de leurs activités aux infirmières. Étant donné que les aides soignants-es n'ont pas accès au dossier médical, les réalisations de ces personnels sont prises en comptes lors de l'écriture des notes au dossier infirmier. Emma dit :

Automatiquement pas chez tous les patients mais quand j'ai besoin d'un renseignement savoir comment c'est passé la toilette par exemple, est-ce qu'il a eu mal pendant la toilette, quand il y a des problèmes au niveau moral quand il y a des petites notes de notées oui je vais regarder (Emma, interne en médecine).

Il ressort de cet extrait une collaboration infirmière-aide-soignante qui permet à l'infirmière de compléter ses notes au dossier. En allant consulter les notes infirmières, Emma relève les informations nécessaires à la réussite de la prise en charge du patient.

La considération à l'égard du personnel infirmier est la condition *sine qua non* de la collaboration infirmière comme le relève Emma :

Pas avec moi. Ça m'est rarement arrivé de demander et que les infirmières refusent de m'aider. Je prends le temps avec qu'elles. Je les inclue dans l'équipe. Il n'y a pas les médecins tout en haut qui prennent les décisions et les infirmières qui appliquent. Les infirmières sont là pour m'aider aussi. Et je m'appuie sur ce qu'elles disent. Je les demande des conseils (Emma, interne en médecine).

Considérer les infirmières, c'est les inclure dans le processus de décision. Se sentant ainsi incluses, cela augmente leur estime de soi et elles sont prêtes à donner le meilleur d'elles-mêmes pour venir en aide à la-le résident-e :

Et je pense que c'est ça aussi du fait de se sentir impliqués, être ensemble pour gérer les patients, chacun a nos rôles. Elles font des choses que moi je ne sais pas faire. Et je fais des choses qu'elles ne savent pas faire. Donc on fonctionne en équipe. C'est ça qui les donne envie de m'aider, je pense que c'est ça (Emma, interne en médecine).

Il en ressort de cet extrait une collaboration infirmière-futur-e médecin dans laquelle on perçoit une synergie des connaissances et des compétences provenant autant chez les infirmières que chez les futurs-es médecins comme on peut l'observer graphiquement dans le schéma 46 ci-après.

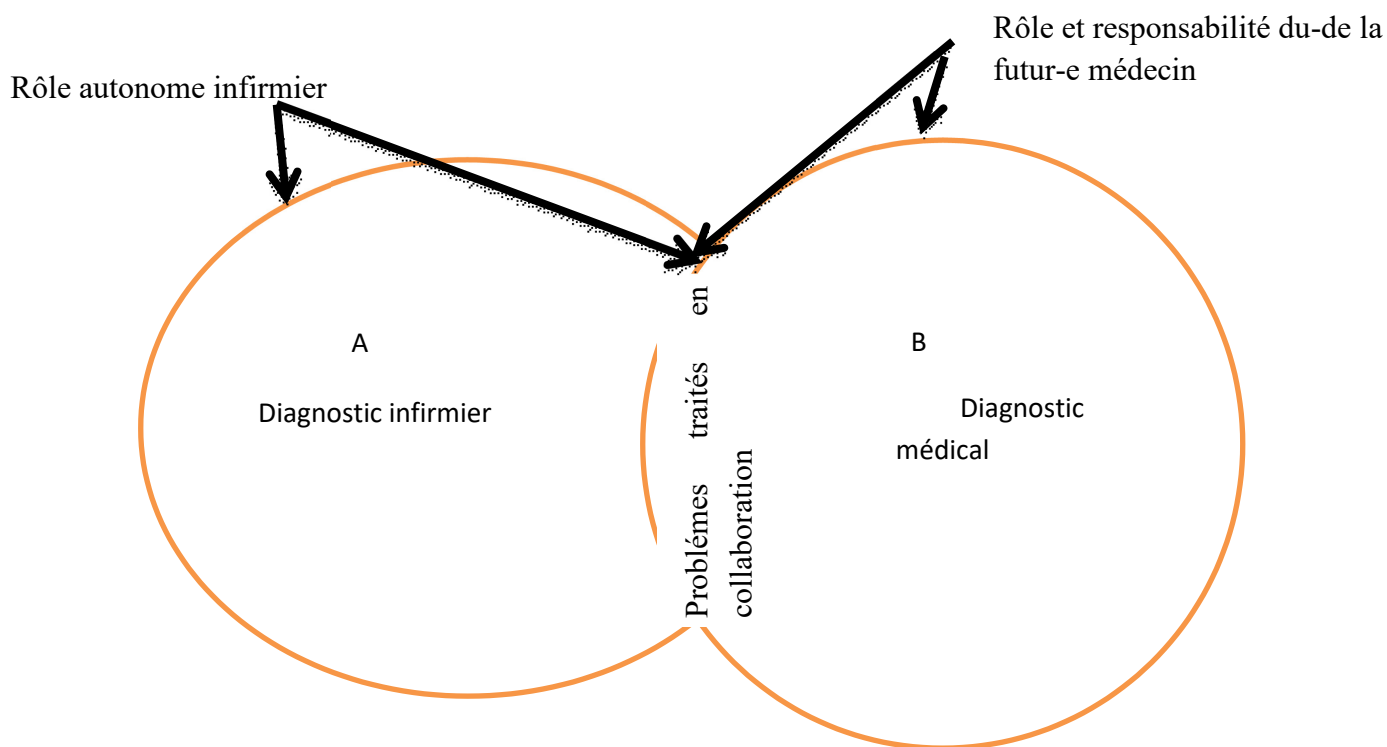


Schéma 46. Collaboration infirmières-futurs-es médecins

Ce schéma 46 présente trois champs. Le champ A désigne toutes les actions réservées infirmières inhérentes à son rôle autonome. L'infirmière travaille en collaboration avec beaucoup d'autres professionnels-les parmi lesquelles les médecins. Celui-ci ou celle-ci a aussi des actes réservés à sa profession. La consultation médicale et la prescription des médicaments et des ordonnances médicales sont des exemples d'actes strictement réservés à la profession médicale. Cependant une fois que le-la médecin a consulté et prescrit les médicaments, l'administration et la surveillance de ceux-ci sont délégués à l'infirmière. De même si au détour d'une évaluation du-de la patient-e, l'infirmière constate que le-la patient-e présente une fièvre ou autre symptôme, elle va aviser le médecin pour une prise en charge médicale. Au centre du schéma 43 se trouve le champ d'actions communes au médecin et à l'infirmière. Ainsi habituée à travailler dans le champ

d'actions communes, l'infirmière acquiert des habiletés médicales que ne possèdent pas nécessairement les futurs-es médecins. Ainsi lorsque William dit :

Je pense que c'est relié aussi parce que quand je travaille dans un milieu c'est le travail d'équipe là. Je n'ai pas particulièrement envie de travailler plus fort que les autres. On travaille en équipe et les objectifs que ça soit moi ou quelqu'un d'autre qui le fasse pour que ça s'améliore ça ne change rien. Je travaille très étroitement avec les équipes (William, résident en médecine),

il prend conscience non seulement de sa condition de futur médecin c'est-à-dire venu apprendre mais aussi de ce que peut lui apporter les infirmières en termes de savoirs tacites retirés des références informationnelles dérivant de la collaboration avec les infirmières.

3.6.3. Investissement dans des activités co-formatives pour réussir les apprentissages

Il peut arriver que le-la jeune médecin en formation vive l'absence ou la quasi-absence des superviseurs-es de stages. Il ou elle est alors obligé-e de solliciter l'accompagnement des pairs-es pour s'en sortir. C'est ainsi qu'Élvine va révéler qu'elle est tombée sur une équipe de résidents-es avec qui elle a eu à entretenir des relations honnêtes et donc à partager ses expériences. Si partager ses expériences professionnelles réfère à faire découvrir à des personnes du même métier ou de la même profession ce que l'on a vécu ou appris dans la pratique professionnelle, cela revient à partager les savoirs et les pratiques acquis-es ou développés-es au détour de la réalisation des activités professionnelles. Dans un élan d'activités co-formatives, le sujet ne dit pas seulement les savoirs et les pratiques, il les croise avec ceux vécus par d'autres professionnels-les, dans un contexte où l'apprenant-e devient un partenaire actif du dispositif d'apprentissage. Nous sommes

ici dans un contexte d'apprentissage par les pairs qui rompt avec l'approche traditionnelle de la pédagogie Maître-Élève-Savoir. Nous commençons par le croisement des savoirs.

3.6.3.1. Le croisement des savoirs

Dans le croisement des savoirs, chaque interne et/ou chaque résident-e en médecine apporte dans le groupe ce qu'il sait, ce qui permet une meilleure compréhension des réalités. Nous percevons mieux cela dans l'apprentissage par problème qui permet au sujet d'améliorer sa compétence informationnelle tel que nous pouvons l'observer dans cet extrait de discours de William :

C'est vraiment un plus et je pense ça m'a aidé à être digne de faire ce ça c'est-à-dire la formation par apprentissage par problème parce que on nous disait qu'on faisait ça. J'allais moi-même je bâtissais mon raisonnement avec ce que je lisais. J'étais capable de l'amener. Est-ce que il y a certains cliniciens beaucoup plus dans l'approche dans la façon de voir le travail, dans l'interaction avec les collègues sur les étages. C'est beaucoup plus ça que j'ai appris les modèles de rôles mais le type d'apprendre le côté tant expertise psychiatrique c'est beaucoup plus dans mes lectures que j'ai appris ça (William, résident en médecine).

Étant donné que dans l'apprentissage par résolution de problèmes les apprenants-es sont généralement regroupés-es en petits groupes pour résoudre une situation-problème proposé par l'enseignant-e, le-la futur-e médecin découvre des notions et ceci de façon active c'est-à-dire dans le cadre d'une quête de savoir autonome. Mais puisque le travail proposé est une situation-problème pour laquelle les résidents-es et les les internes n'ont reçus-es aucune formation, ils ou

elles vont acquérir de nouvelles notions. Le sujet apprenant gagne sur deux plans. Sur le plan développemental, le-la futur-e médecin travaillant en collaboration avec d'autres internes ou résidents-es en médecine, dans un contexte d'apprentissage, améliore sa pensée réflexive, la communication en groupe, l'autorégulation et l'auto-efficacité, ces derniers étant en fait les facteurs clés de la motivation. Sur le plan procédural, l'apprentissage par problème participe de la maturation du raisonnement.

Le croisement des savoirs n'est pas une exception québécoise. Même si nous n'avons pas découvert de modalité d'apprentissage s'apparentant à l'Approche Par Problèmes, nous avons observé que les internes en médecine français travaillent très souvent en collaboration comme on peut l'observer dans cet extrait de discours d'Emma : « *tu demandes de l'aide à qui tu peux. Tu demandes de l'aide à ton co-interne aux infirmiers.* ». On constate ici que la difficulté des situations cliniques pousse l'interne à recourir à des sources informationnelles pour acquérir des savoirs dans un contexte de travail coopératif internes-internes en médecine.

Au détour de l'analyse du discours d'Elvine, nous avons découvert que *via* le travail de collaboration entre résidents-es, les savoirs croisés étaient les savoirs d'action et les savoirs d'expérience :

ça arrive quand même qu'on travaille avec d'autres résidents. On se pose les questions entre nous, on se donne les conseils en fait oui indirectement j'ai appris d'eux si je peux dire. Si tu as cette situation là qu'est-ce que tu ferais dans ce contexte là. Oui j'apprends d'eux. Souvent les collègues ça permet de poser les questions honnêtement (Élvine, résidente en médecine).

Et lorsque Marjolaine nous apprend que « *les co-internes étaient très importants pour le ressenti pour s'entraider* » et qu'Elvine révèle, au détour d'un travail coopératif résidents-es-résidents-es, « *pour moi ça a été un gros facteur de résilience de me rendre compte j'étais non seulement loin d'être la seule mais que mon expérience était extrêmement courante. Tous les résidents ont du vivre un cheminement émotionnel semblable à un point de leur formation* », on peut dire que les futurs-es médecins en travaillant entre eux ou entre elles, améliorent non seulement leur résilience mais aussi leur capacité autorégulative. Que ce soit l'apprentissage à l'autorégulation, les savoirs d'action et les savoirs d'expérience, ceux-ci ne sont pas établis institutionnellement même s'ils ont été éprouvés contextuellement c'est-à-dire ici et maintenant. Ils ne peuvent donc pas être rangés dans la catégorie des savoirs académiques mais plutôt dans celle des savoirs découlant d'une certaine autonomie collective.

Au vu de ce qui précède, on peut donc comprendre le cri de désespoir de Marjolaine, interne en médecine lorsqu'elle évoque une difficulté à la réflexion liée à l'absence de co-internes :

on me disait de prolonger les traitements des enfants et ça je me posais des questions par rapport à ces traitements et j'ai pas pu j'ai eu l'impression d'être un peu seul même si il y avait un médecin qui était présent, je me sentais toute seule par rapport à mes fonctions. J'avais pas de co-internes, les co-internes étaient très importants pour le ressenti pour s'entraider, j'avais pas de co-internes (Marjolaine, interne en médecine).

En répétant à deux reprises « *j'avais pas de co-internes* », Marjolaine veut par là souligner l'importance du croisement des savoirs dans un contexte d'apprentissage par les pairs. Plus encore,

le croisement des savoirs dans un contexte de travail coopératif internes-internes et/ou résidents-s-résidents-es en médecine a ceci de bénéfique qu'il favorise, *via* les interactions entre ces publics, la construction des savoirs de manière active par les futurs-es médecins eux-mêmes ou elles-mêmes. En ce sens ces publics sont utilisés comme des ressources pédagogiques (Larue, 2007).

Disons que si les futurs-es médecins travaillent en coopération, c'est pour croiser leurs savoirs mais c'est aussi pour échanger sur leurs pratiques. Le principe d'action réside ici dans l'idée d'un groupe d'internes et/ou de résidents/es en médecine de trouver des solutions à leurs propres problèmes d'apprentissage d'autant plus qu'ils ou elles vivent soient la quasi-absence des superviseurs-es ou alors une difficulté d'autonomisation inhérente au *leadership* autocratique de ces responsables institutionnels.

3.6.3.2. Le croisement des pratiques

Les résidents-es ou les internes en médecine ne croisent pas seulement les savoirs. Ils ou elles croisent aussi les pratiques. Ainsi lorsque Marjolaine dit : *« j'ai mon ami qui était interne en médecine générale qui était en première année et c'est vrai que je l'ai souvent appelé pour quelque chose de somatique. Voilà c'est faire appel à un ami comme un joker »*, on perçoit la complexité de la situation clinique ainsi que la difficulté qu'éprouve celui ou celle qui demande de l'aide. Un joker réfère ici à un élément permettant un succès inattendu. En faisant donc appel à son ami, Marjolaine est convaincue qu'elle va réussir la réalisation de l'acte médical mais aussi que l'objectif visé, à l'issue de la réalisation de cet acte, est sa transformation *via* l'accroissement de ses compétences dans un contexte de croisement de pratiques. On peut voir ici la pratique réflexive qui n'est rien d'autre que la remise en question de nos pratiques, la considération des pratiques des

autres, et la discussion de la plus-value de l'adéquation de nos pratiques à celles des autres. Mais déplorons quand même que Marjolaine n'est pas arrivée jusque là. En déclarant qu'elle manquait de confiance en elle, on peut imaginer que le joker apportait sa contribution face à la posture expectative de Marjolaine : *« je n'arrivais pas à prendre des initiatives. J'ai un manque de confiance en moi. »*.

Il est certain que le manque de confiance en soi soit associée à un sentiment d'autoefficacité faible. Il est aussi certain que lorsqu'Emma dit : *« l'internat c'est la cohésion avec son chef, l'équipe paramédicale mais il faut se sentir bien avec ses chefs, il faut se sentir bien avec ses co-internes »* et que quand on lui demande comment elle s'en sort dans des situations complexes et qu'elle répond : *« tu demandes de l'aide à qui tu peux. Tu demandes de l'aide à ton co-interne »*, on peut dire ici que la recherche de cohésion ou alors la collaboration entre co-internes renforce le sentiment d'autoefficacité du-de la futur-e médecin mais aussi participe de la construction de son savoir être.

Nous associons le savoir être à la capacité du sujet à produire des actions et des réactions adaptées à l'environnement humain et écologique :

oui j'aime ce que je fais. Je suis consciencieuse. Comme je te dis c'est donnant donnant avec ton chef et avec les équipes. Et puis un peu tu vas donner, tu vas être sérieux dans ce que tu fais et après tu vas, donc tu as intérêt à être engagé dans ce que tu fais (Emma, interne en médecine).

On découvre ici une opposition de la vision mécaniste traditionnelle de l'enseignement et de l'apprentissage à une conception organique objectivée par le dynamisme et le recours aux

ressources intérieures du-de la futur-e médecin. Si le-la superviseur-e est un facilitateur, le-la futur-e médecin est engagé et ceci s'observe dans la volonté du sujet à croire et à se développer. Dans cet élan, les normes et valeurs professionnelles contenues dans les codes visant à mettre le professionnel en situation de prendre des décisions éclairées, le-la futur-e médecin ira au-delà du code quand la situation l'exigera. C'est ce que nous avons noté dans la transgression des consignes par Emma : *« ça m'est arrivé de faire des gardes avec des gens avec qui je n'avais absolument pas confiance et j'avais l'impression en suivant son avis de mettre la vie du patient en danger »*. Le questionnement éthique apparaît alors comme un rempart contre les modèles explicatifs simplistes des actions dans le champ professionnel et médical en particulier et surtout contre le déterminisme sociologique²⁰¹. Le savoir être devient alors la compétence indispensable au médecin d'aujourd'hui et du futur.

3.6.3.3. Travail collaboratif internes/internes et/ou résidents-es/résidents/co-construction du savoir être

« Quand tu es interne tu la fermes et tu exécutes » (Marjolaine, interne en médecine). Cette formule qui met en exergue la soumission de l'interne ou du-de la résident-e à l'autorité du-de la superviseur-e a été observée dans les discours des participants-es à l'étude. La souffrance émotionnelle découlerait de la difficulté qu'éprouve le-la jeune médecin en formation à subir le caractère autocratique de la supervision : *« tous les résidents ont du vivre un cheminement émotionnel semblable à un point de leur formation. [...] tout ceux avec qui j'ai eu une discussion approfondie m'ont fait part des situations comme ça »* (Élvine, résidente en médecine). L'adoption d'une posture s'apparentant à une soumission librement consentie constatée chez Élvine

²⁰¹ les pensées et les comportements des humains sont influencés par la contrainte sociale sans que ceux-ci en soient conscients.

découlerait d'un savoir être développé au détour de la coopération avec les autres jeunes médecins en formation à partir de laquelle le sujet découvre que l'allégeance au-à la superviseur-e de stage est l'un des piliers fondamentaux de la réussite de la résidence ou de l'internat en médecine :

J'ai essayé à la résidence d'être un peu plus acclamative de me développer en tant que personne de me faire une certaine autonomie ça n'a pas vraiment fonctionné. J'ai eu l'impression que les évaluateurs j'ai eu des évaluations qui étaient comme quoi j'étais rigide puis un peu agressive puis c'était problématique il fallait que je travaille là-dessus. Puis ils m'ont proposé de prendre un arrêt c'est la seule chose qu'ils proposent soit voir un psychologue. Hé pis mon cheminement ça été de me dire ces personnes ont l'autorité hé il y a une hiérarchie qui est importante ils ne tolèrent pas très bien d'être contredit. si je veux soulager cette frustration que j'avais à tous les jours de ne pas être capable d'agir comme je voulais agir mais ça a été de laisser faire. D'être complètement soumise et passive à la supervision on était dans la contre réflexion quand je vois un patient il y a une partie de moi qui réfléchis qu'est-ce que le patient a quel est le traitement que je trouve le plus pertinent pour lui et qu'est-ce que le superviseur attend de moi dans cette situation-là. Je dois combiner ces deux pensées pour que quand je vais présenter au superviseur je dois lui dire qu'est-ce que je crois qu'il attend de moi pis cela a vraiment amélioré mes résultats (Élvine, résidente en médecine).

Il en ressort ici que sous la soumission consentie se cache une intelligence facilitatrice de la réussite d'Élvine. Élvine se laisse envahir par l'autorité des superviseurs-es de stages pour mieux

la contenir : elle contrôle l'impact qu'aurait le caractère autocratique de la supervision sur le développement des connaissances. Autrement dit, Élvine se construit (dynamisme) d'après un concept de soi satisfaisant pour elle mais qui répond aussi quelque part aux attentes institutionnelles. Le savoir être participe ici à la libération éducative comme aussi constaté chez William, résident en médecine :

ça dépend. La perception des autres c'est une caractéristique de la personnalité.

C'est de savoir le superviseur comment il nous percevait c'est très variable d'une personne à l'autre. Il peut arriver qu'il nous perçoive positivement. Mais je n'ai pas besoin qu'il d'une perception amicale. De fois le respect c'était ça que j'étais capable d'aller chercher à la fin. En démontrant les compétences, on peut aller chercher un respect (William, résident en médecine).

Chez Élvine comme chez William, on découvre que la libération éducative est associée à la capacité qu'a le-la jeune médecin en formation de démontrer ses compétences. Le respect attribué au détour de la démonstration des compétences participe au déserrement de l'étreinte managériale et permet au sujet de profiter des savoirs expérientiels développés en collaboration avec les superviseurs-es de stage :

oui j'aime ce que je fais. Je suis consciencieuse. Comme je te dis c'est donnant donnant avec ton chef et avec les équipes. Et puis un peu tu vas donner, tu vas être sérieux dans ce que tu fais et après tu vas, donc tu as intérêt à être engagé dans ce que tu fais (Emma, interne en médecine).

En donnant, le-la jeune médecin en formation reçoit non seulement ce qui l'aide à se développer (les savoirs expérientiels) mais aussi il ou elle apprend à se donner à donner, l'engagement dans l'action (et le respect des consignes) étant la condition *sine qua non* à l'attribution d'une certaine identité. Il existe une antériorité de la construction de l'identité sur l'attribution de l'identité. Autrement dit, on ne peut attribuer une certaine identité qu'à celui ou celle qui l'a construite (Després, 2016). Si la construction identitaire est associée à la reconnaissance que le-la jeune médecin en formation reçoit de ses savoirs, de ses compétences et de son image, on peut dire que le savoir être qui occupe une place importante dans ce processus de construction identitaire est aussi transmis tout au long de la transaction relationnelle :

Rendu à la résidence je pense que j'ai été assez chanceuse, je suis tombé sur une équipe de résidents avec laquelle il y a eu une ambiance agréable qui s'est créée dès le début ou tout le monde communiquait avec tout le monde (Élvine, résidente en médecine).

En communiquant avec les autres résidents-es ou internes en médecine, le-la jeune médecin en formation découvre une autre façon de faire, une autre façon d'être. En intégrant le savoir être comme réactions adaptées à l'environnement social, le-la jeune médecin en formation développe son professionnalisme c'est-à-dire la valeur qui vient spontanément à l'esprit lorsqu'on parle d'éthique professionnelle : « *ça m'est arrivé de faire des gardes avec des gens avec qui je n'avais absolument pas confiance et j'avais l'impression en suivant son avis de mettre la vie du patient en danger* » (Emma, interne en médecine).

Au vu de ce qui précède, nous constatons que le travail collaboratif entre internes et/ou résidents-es en médecine permet de développer les trois dimensions du savoir que nous présentons dans leurs interrelations dans le schéma 47 ci-après.

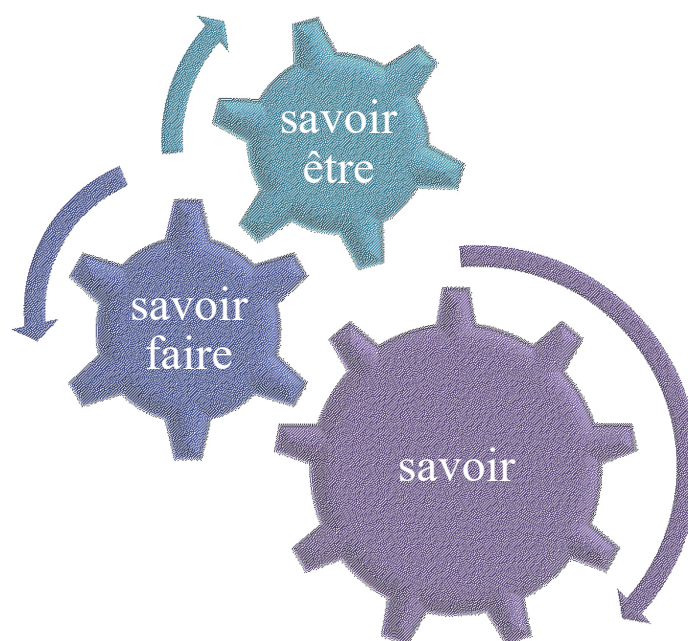


Schéma 47. Interrelations entre les trois dimensions du savoir

Le schéma 47 dérive de l'analyse d'un discours sur les activités co-formatives. Ce qui nous amène à dire que le travail coopératif favorise aussi le développement de ces trois dimensions. Ajoutons quand même qu'étant donné que le savoir ne s'acquière pas seulement en contexte institué, et que l'interne et/ou le-la résident-e en médecine bénéficie aussi des apprentissages inhérents à la relation formatrice vitale²⁰² que celui-ci ou celle-ci entretient aussi avec son

²⁰² sans laquelle le-la jeune médecin en formation ne construire des connaissances.

environnement physique et social, on peut souligner la repercussion des activités écoformatives sur l'acquisition des savoirs de ces publics.

3.6.4. La relation formatrice entretenue avec l'environnement ou écoformation

Lorsqu'Emma dit :

l'entourage, au niveau perso aussi. Et ben quand on a un conjoint, le conjoint ça fait les choses tout bête que les emplois du temps ça, le mode de vie ne peut pas être le même en fonction de l'exercice. On aura pas la même qualité de vie si on est en réa ou si on est médecin généraliste. Je pense que ça peut jouer aussi dans mes choix et dans mon choix d'activité (Emma, interne en médecine),

elle présente l'environnement social et ici le conjoint comme un soutien important pour sa formation.

3.6.4.1. Le-la conjoint-e en bref : une soupape de sécurité

N'oublions pas de le dire. Les internes et les résidents-es en médecine vivent une vie conjugale comme le commun des mortels. Ainsi lorsqu'aux études s'ajoutent les responsabilités familiales, l'impétrant-e est obligé-e de participer à la vie familiale. notamment l'entretien des enfants (nourriture, vêtements, logement, soins médicaux et chirurgicaux, etc.), l'éducation des enfants (guider les enfants pour les aider à connaître ce qui est mieux pour eux c'est-à-dire les interdits fondamentaux liés à leur socialisation; les aider à prendre des risques dans l'optique de développer leur autonomie; participer à la réalisation de leurs devoirs scolaires, etc.); faire la lessive et très souvent, accompagner les enfants à l'école. Le-la futur-e médecin est donc

submergé-e par la charge familiale, la masse de travail à faire au travail et les obligations universitaires. L'on s'attend donc à ce que ce cumul de charges et d'obligations aient des retombées négatives notamment la diminution du rendement scolaire, le désengagement à l'égard des études, voire le décrochage universitaire. En s'occupant d'une grande partie des charges, le-la futur-e médecin a le temps nécessaire pour s'atteler aux charges universitaires et professionnelles : « *il nous aide ou alors ça arrive qu'on a tellement du travail qu'on soit tellement submergé* » (Emma, interne en médecine).

L'aide apportée par le-la conjoint-e ne se limite pas seulement à sa contribution dans l'allègement des travaux à réaliser. Cette aide s'apparente aussi à une forme de soutien pour éviter que l'autre soit envahi-e par les émotions :

Il m'a aidé surtout au niveau du soutien moral. Lui aussi est en médecine, lui aussi ne prend pas 3 repas par jour, il ne dort pas. Il est dans un stress considérable. De fois c'est un peu plus conflictuel parce que tu es tout le temps stressé. On essaie quand même de se soutenir à travers ça pis. C'est bien d'avoir quelqu'un qui nous écoute mais c'est difficile de se faire des reproches. La reproche de ne pas assez s'occuper de nous. Moi je dis je ne mange pas 3 fois par jour lui il me dit je ne mange pas 3 fois par jour (Élvine, résidente en médecine).

On perçoit ici un soutien mutuel de ce qu'est la vie d'un-e résident-e en médecine vivant en couple. Si les deux conjoints sont des étudiants-es en médecine de troisième cycle, ils ou elles connaissent les réalités du vécu quotidien de ce type d'étudiants-es. Se comprenant, ils ou elles

sont amenés-es à conjuguer leurs efforts afin de réussir. Il est certain qu'ici la conjointe bénéficie de plus d'attention de la part de son-sa conjoint-e.

Au vu de ce qui précède, on observe d'une part que le-la conjoint-e apparaît comme celui ou celle qui soulage la conjointe des charges familiales. D'autre part celui-ci ou celle-ci apporte du soutien moral nécessaire au renforcement de l'engagement et la motivation du-de la futur-e médecin. Seulement, le-la jeune médecin en formation est aussi membre d'une famille de laquelle il ou elle retire du soutien.

3.6.4.2. La mère, une galvanisatrice motivationnelle, un écoformateur efficace

Chez Marjolaine, la mère sentant que sa fille est en train de sombrer dans le désespoir lié aux obstacles rencontrés tout au long du parcours d'internat en médecine, lui demande de continuer : *« mais par contre elle a toujours voulu que je n'abandonne pas, elle m'a toujours dit n'abandonne pas va jusqu'au bout. Elle a compris que j'avais besoin d'une pause mais elle n'avait pas envie que j'arrête. »*. Cette exhortation à continuer malgré les difficultés pourrait être perçue comme les cris de la mère protectrice : *« parce qu'elle avait peur que je regrette plus tard »* révèle Marjolaine. À bien regarder, on se rend compte que la mère est affligée par ce que l'échec de sa fille n'est rien d'autre qu'une déception pour elle la mère. Elle avait déjà annoncé à tous ses amis-es que sa fille faisait les études de médecine et aujourd'hui, elle ne sait pas comment annoncer une fois de plus que sa fille n'arrive pas à s'en sortir ou alors qu'elle a démissionné, d'autant plus que sa fille est la seule interne en médecine du village :

En fait elle a comment dire c'était très très difficile là elle a senti à quel point c'était éprouvant. Elle sait que c'est pas pour tout le monde. Je ne suis pas la seule interne, je vais très mal très mal. Elle disait comment ses amis demandaient comment ça va pour tes études de médecine pour ta fille. Je suis au village la seule enfant depuis 30 ans qui ai fait les études de médecine (Marjolaine, interne en médecine).

Même si la mère de Marjolaine l'encourage à continuer dans le parcours, elle ne peut pas l'aider puisqu'elle ne connaît pas comment s'y prendre pour aider sa fille à s'en sortir de cette situation de souffrance psychologique :

en fait pour ma mère elle voyait que je n'étais pas bien mais elle ne voyait pas à quel point je n'étais pas bien et je lui ai dit je vais arrêter je sens que je ne peux plus. Je sens que je ne peux plus voilà elle était très marqué sur le côté fatigue mais elle n'avait pas conscience à quel point c'était profond (Marjolaine, interne en médecine).

Élvine a eu à vivre des situations de souffrance psychologique. La persévérance d'Élvine et surtout sa volonté de réussir vont lui permettre de surmonter les difficultés et de perdurer dans le programme :

Très fréquemment je me suis posé la question si c'était si ça valait la peine de continuer parce que j'ai une personnalité qui a de la difficulté à accepter l'échec. hein penser quitter la médecine ça aurait été vécu comme un échec de mon côté (Élvine, résidente en médecine).

Plus encore, ayant présenté sa situation à sa mère, celle-ci a engagé des moyens visant à stimuler aussi bien l'activité mentale de sa fille, que l'attention de celle-ci. C'est ce qu'on peut percevoir dans le discours d'Élvine lorsque celle-ci évoque un regain d'énergie liée à la prise des psychostimulants :

J'arrivais pas à lire deux phrases, j'avais une baisse de concentration. Je me suis questionné est-ce que c'est parce que je suis stressé, est-ce que parce que je ne suis pas intelligente. Est-ce que j'ai un trouble ou un déficit d'attention. C'était un mélange de tout. Mais il y a des troubles de comportement dans ma famille et à un certain point au milieu de ma troisième année ma superviseur elle a remarqué que ça marchait pas pis elle m'a conseillé tu n'es pas à niveau je ne pense pas que tu devras passer l'examen parce que tu ne seras jamais prête. Ça m'a vraiment complexé à propos de mes capacités. Pis l'examen final de médecine on a un mois pour se préparer pis j'en ai parlé pis tu dois réviser tout ce que tu as vu en 4 ans j'avais l'impression de n'avoir pas bien appris. J'en ai parlé à ma mère pis elle m'a proposé les médicaments de mon frère et pis je les ai pris c'était des psychostimulants et pis ça m'a permis d'étudier; j'avais un plaisir, j'ai même redécouvert un plaisir que j'avais à apprendre. J'avais envie de lire pis ça me permettait de lire 10 heures sans discontinue. Pis de dormir me réveiller le matin pis de lire 10 heures sans discontinu 6 jours sur 7 un mois pis j'étais confiante en arrivant à mon examen de bien faire (Élvine, résidente en médecine).

L'efficacité de la mère réside ici dans le choix des moyens. Cela suppose qu'elle sache de quoi souffre sa fille. On perçoit aussi ici une identification projective parentale dans la mesure où la mère ne veut pas que sa fille souffre peut-être comme elle. Autrement dit, il en ressort un désir pour la mère de ne pas faire vivre sa fille ce qui l'a peut-être fait souffrir.

Si on comparait la situation de Marjolaine à celle d'Élvine. Marjolaine souffre, elle en parle à sa mère qui lui demande de persévérer même si Marjolaine a déjà pris la décision d'arrêter. En revanche, Élvine est déterminée à réussir dans le programme et elle reçoit les encouragements de sa mère ainsi que la mise à disposition de moyens pour qu'elle réussisse. La réalisation d'un doctorat en médecine n'est plus seulement une entreprise personnelle c'est-à-dire celle d'Élvine seulement, elle est collective c'est-à-dire celle d'Élvine et sa famille. En ce sens le doctorat en médecine est un accomplissement familial. Cette conjugaison des efforts personnels et familiaux bien que n'étant pas perçue chez Marjolaine, nous l'avons vécu avec Emma dans la capitalisation expérientielle objectivée par l'échange avec son père médecin.

3.6.4.3. Le père d'Emma, un passeur

Emma est interne en médecine. On peut dire qu'elle fait partie des enfants prédestinés-es à réussir socialement. Son père est médecin et sa mère est infirmière. Son orientation professionnelle s'étant fait par référence à la forme identitaire parentale, elle a choisi de faire médecine, choix professionnel librement opéré d'autant plus qu'elle voulait plutôt faire médecine vétérinaire. En partageant avec son père, elle acquiert des connaissances, ce qui lui permet de confronter celles-ci avec celles de ses superviseurs-es de stages : *« oui on échangeait beaucoup ouais! Déjà ça me permet d'extérioriser quand j'ai des cas comme ça. Ça me permet de prendre du recul. Ça me*

permet aussi de bénéficier de l'expérience déjà des autres médecins avec qui on échange» (Emma, interne en médecine). Bien que le père soit absent sur le lieu de réalisation du stage, sa présence est certaine :

en général, il est un peu délicat pour le faire une fois que je suis bien installé. Il ne vient pas le premier jour de la première semaine. Il attend un mois, deux mois. Et puis ensuite il vient me voir. Et puis en général il connaît tout le monde. Donc tout se sait. Ils le savent (Emma, interne en médecine).

Au lieu de profiter de la présence du père médecin sur le lieu d'internat, Emma va plutôt chercher à se libérer de la présence de celui-ci :

j'ai quand même l'impression que les gens se font un avis avant que je n'arrive. Un a priori plutôt positif. Parce que ça se passe bien. Mon père a de bonnes relations avec des gens à l'hôpital. Mais j'essaie de m'en détacher au maximum quand j'arrive le premier jour (Emma, interne en médecine).

Nous percevons ce détachement à la figure du père dans le processus d'adaptation des connaissances à la situation clinique :

de toute façon forcément j'ai plus confiance à mon père qu'à mon maître de stages. Après c'est pas pour autant que je vais forcément croire à la parole de mon père. C'est pas c'est tout bon ce qu'il me dit. Il faut aussi adapter. Et je peux aussi piocher et je pioche aussi dans ce que me disent mes maîtres de stages (Emma, interne en médecine).

On observe ici la volonté du sujet d'être dans un concept autre que prescrit. Emma veut être dans le sillage d'un concept de soi satisfaisant. En donnant ainsi un sens à la capitalisation des expériences, elle installe le père à sa place de passeur :

en général c'est un débriefing. La situation était déjà passée. Donc j'avais déjà tout vérifié toute seule. Et après c'est un débriefing. Ça ne m'arrive pas souvent. Mais de temps en temps ça m'arrivait. On en parlait des cas différents de ce qu'on rencontre d'habitude. Donc donc c'était un débriefing pour partager une expérience (Emma, interne en médecine).

On découvre que tout au long de son parcours, Emma a bénéficié de la présence de son père qui a fonctionné, *via* l'activité de debriefing, comme un éveilleur d'esprit, un accompagnateur, une personne qui aide Emma à traverser les périodes difficiles. C'est pour cela que nous n'avons pas retrouvé dans son discours des situations conflictuelles graves ou alors des situations de souffrance psychologique extrême comme vécues par Élvine et Marjolaine.

Nous avons découvert au fil des témoignages le rôle du conjoint, celui de la mère et celui du père. Tous ces éléments relèvent de l'environnement social. Nous avons aussi découvert au détour de l'analyse que les futurs-es médecins utilisaient des éléments que nous pourrions ranger dans l'environnement physique pour développer leurs compétences : ordinateurs; appareils permettant de reproduire des procédures; appareils de supervision vidéo.

3.6.4.4. Apprentissage favorisé par des moyens sophistiqués

D'après les études, la simulation des situations cliniques permet aux apprenants-es d'approfondir leurs apprentissages. Les séances de simulations cliniques standardisées développent non seulement le raisonnement clinique mais aussi renforce la confiance des impétrants-es. Ayant ainsi confiance en leurs propres habiletés, les futurs-es médecins renforcent leur sentiment d'autoefficacité personnelle. C'est ce qu'on observe dans cet extrait de discours d'Élvine :

C'est la grande industrie de la simulation des problèmes médicaux donc par exemple un mannequin qui va jouer un patient animé puis il y a une équipe qui va créer un scénario à laquelle on va interagir. Ils imitent une salle d'urgence par exemple pis là on rentre on distribue les rôles à chacun toi tu vas être inhalothérapeute toi tu vas être infirmière pis après ça ils nous donnent une situation clinique puis là on doit interagir avec cette situation clinique. On pose des questions il y a des réponses il y a d'autres choses qui se passent. Pis il faut qu'on explicite notre comportement notre système de pensée pis ceux qui écrivent le scénario ont aussi une liste d'objectifs si ça peut être autant au point de vue médical que la communication avec les autres professionnels. Ça peut être au niveau de la prise en charge au niveau du diagnostic au niveau du des techniques intuber tout ça je trouve ça vraiment pertinent et intéressant (Élvine, résidente en médecine).

L'interaction à laquelle Élvine fait allusion ici réfère aux échanges. L'argumentation a toute sa place dans les séances de simulation des situations cliniques. En travaillant ainsi en

collaboration, le sujet développe aussi sa pensée réflexive. Nous ne reviendrons pas sur le travail collaboratif.

Même si la simulation des situations cliniques améliore le raisonnement clinique des futurs-médecins, il n'en demeure pas moins qu'elle ne peut faciliter la distinction entre activité réalisée et réel de l'activité. D'ailleurs, l'usage des simulateurs de haute fidélité comme méthode d'évaluation demeure une hypothèse de travail. C'est ici que l'autoconfrontation simple et croisée prend toute son importance. Partant du fait que chaque futur-e médecin analyse ses actions, la confrontation des actions sous-tend le croisement des savoirs, des pratiques et des savoirs être :

il y a des activités d'enregistrement. La complication c'est qu'on demande la permission au patient. On n'a pas vraiment le choix. On enregistre puis après on réécoute avec un superviseur pour commenter sur ma performance. Évidemment c'est valorisé dans les méthodes pédagogiques actuelles. Ils sont en train de plus en plus implantés ça. Ils sont vraiment à l'avant-garde (Élvine, résidente en médecine).

En discutant seulement avec son superviseur, Élvine nous présente l'autoconfrontation simple. Ce qui est important ici c'est la co-analyse profitant beaucoup plus au-à la supervisé-e qu'au-à la superviseur-e de stages. Ayant filmé les traces d'activité du sujet apprenant, ces documents deviendront par la suite les supports de l'échange avec le-la superviseur-e de stages.

Au regard de ce qui précède, on observe une autoformation qui se déploie dans le processus de formation du-de la jeune médecin en formation à partir des sources expérientielles d'apprentissage diverses. Seulement lorsqu'on évoque le processus d'apprentissage à partir des

sources expérientielles, cela amène à considérer le préfixe auto, le substantif formation auxquels il faudrait adjoindre l'adjectif expérientielle. Pour Pineau (1983), l'auto réfère à l'autonomie fondamentale traduite par l'affirmation du moi dans la réalisation d'un projet conscient. L'auto réfère aussi au soi qui non seulement se regarde comme dans un miroir pour réinterroger ce qui le détermine mais aussi « comme foyer organisationnel original qui traverse les différents niveaux d'interaction physique, symbolique et cognitif qui relie la personne et son environnement » (Galvani, 2010, p.269). Quant au substantif formation, il réfère aux savoirs retirés de la transaction interactionnelle ou de la relation formatrice du-de la jeune médecin avec son environnement social et physique : les savoirs formels (transaction avec le-la superviseur-e de stages), les savoirs expérientiels (retirés de la relation formatrice avec les co-internes ou les co-résidents-es en médecine, retirés de la relation formatrice avec les paramédicaux et les patients-es ou les familles, retirés de la relation formatrice avec l'environnement physique soit ordinateur, simulateurs, etc.), les savoirs existentiels retirés des expériences épisodiques les plus intenses de la vie du-de la jeune médecin en formation (*Ibid.*). L'adjectif « expérientielle » ne traduit rien d'autre que quelque chose qui est reliée à l'expérience. Dans notre contexte, cet adjectif réfère aux conditions d'acquisition des différents savoirs auxquels nous avons précédemment fait allusion. Le-la jeune médecin en formation ne s'improvise donc pas autoformateur ou autoformatrice. Il ou elle y est contraint-e par la force des choses. Le-la résident-e ou l'interne en médecine voudrait valoriser l'expérience tirée de la transaction avec le-la superviseur-e de stages. Celui-ci ou celle-ci n'étant pas toujours présent-e sur le département ou l'unité de soins, le-la résident-ou l'interne en médecine se trouve obligé d'entrer en relation avec d'autres sources expérientielles d'apprentissages pour acquérir des savoirs : le statut de médecin est existentiel pour lui ou elle.

Poser donc la question de l'autoformation dans une perspective existentielle c'est « questionner la dimension formatrice des différents moments d'apprentissage» (*Ibid.*, p.270).

3.7. La formation de soi par soi à partir des relations formatrices : une nécessité existentielle

3.7.1. L'autoformation existentielle, un processus de formation intégrant en situation les apprentissages expérientiels et apprentissages formatifs

Lorsque William fait évocation d'un apprentissage par autoréflexion²⁰³, lorsqu'Élvine parle d'une autonomisation dans le choix des cours²⁰⁴ et lorsqu'Emma partage son expérience clinique avec son père²⁰⁵, ces futurs-es médecins témoignent d'un contexte de connaissance par soi ou alors d'une volonté de devenir. La logique de compétition ou du chacun pour soi est associée à l'influence qu'ont les aspirations personnelles sur les succès. Les résidents-es ou internes en médecine dans les séances de questions-réponses font montre de leurs connaissances dans des situations cliniques précises. Le-la résident-e ou l'interne en médecine qui répond à toutes les questions se voit attribuer plus de points par rapport à celui qui en répond moins. Autrement dit, le-la résident-e ou l'interne en médecine qui répond à plus de questions gagne la confiance des

²⁰³ «J'ai appris beaucoup de choses. J'ai appris parce que je faisais une réflexion je retournais lire je réfléchissais. Dans la plupart du temps les superviseurs étaient interchangeable. Si c'était quelqu'un d'autre j'aurais appris la même chose. C'est plus ça que je disais. Ce n'est pas le fait d'avoir fait la pratique. J'aurai été incapable d'apprendre si je n'avais pas fait ça parce que je me retrouve dans la situation à régler mais après ça c'est beaucoup plus dans ma réflexion à gérer...certainement 90% du temps ce sont les solutions de moi c'est moi qui percevait le problème».

²⁰⁴ «Eh il y a une partie qui est laissée à nous même propice à notre propre autonomie et il y a une partie qui est plus formalisée. Les congrès c'est nous qui les choisit quand est-ce qu'on les fait les simulations je les ai recherchées je les ai fait plus mais certaines programmes essaient de plus en faire mais il y a beaucoup de disparités entre les milieux là le fait j'étais dans une certaine umf j'avais accès à certains cours qui étaient différents de certaines vaccinations les autres résidents que je rencontre qui me parlaient de ça quelqu'un qui est dans une autre umf va avoir accès à d'autres choses il n'aura pas accès à».

²⁰⁵ « C'est difficile un cas précis parce que je ne l'appelle pas pour lui demander ce que je fais. C'est plutôt pour partager après. Je n'ai pas une situation précise. Je n'arrive pas à trouver »

autres ainsi que celle du superviseur-e de stages : il sera une référence pour les autres résidents-es ou internes en médecine.

L'appropriation des connaissances par le sujet ne dépend pas seulement de lui-même. Dès lors que le sujet fait partie du monde, c'est-à-dire un atome humain constitutif de la grande molécule appelée société, il ne peut que par instinct grégaire, s'associer à d'autres atomes pour se socialiser. La socialisation n'est pas que sociale c'est-à-dire l'homme en tant qu'être social, elle est aussi professionnelle. Le sujet apprend à devenir. Il n'est pas encore. Le-la résident-e ou l'interne apprend à devenir médecin. Il-elle ne l'est pas encore. Ce statut ne peut être atteint sans l'apport des autres comme on peut le noter dans cette acception d'Emma qui parle d'une capitalisation expérientielle facilitée par la présence des séniors :

C'est l'expérience en général. Les chefs ils ont déjà vu pleines de situations ils ont déjà probablement eu à faire cette situation-là, ils ont fait des expériences à l'époque, ils ont tiré des conclusions. Et ça ça nous aide effectivement et il n'y a pas mieux que l'expérience en médecine. Il n'y a que les personnes plus âgées que nous pour nous aider quoi (Emma, interne en médecine).

C'est avec William que nous percevons mieux cet apprentissage avec ou par les autres :

C'est vraiment un plus et je pense ça m'a aidé à être digne de faire ça c'est-à-dire la formation par apprentissage par problème parce que on nous disait qu'on faisait ça. J'allais moi-même je batissais mon raisonnement avec ce que je lisais. J'étais capable de l'amener. est-ce que il y a certains cliniciens beaucoup plus dans l'approche dans la façon

de voir le travail, dans l'interaction avec les collègues sur les étages (William, résident en médecine).

Lors des séances d'apprentissage par problème, les futurs-es médecins sont réunis-es en petits groupes dans lesquels il existe une réelle confrontation intellectuelle. Ce qui leur permet de remettre en question des compétences antérieures développées et dans un second temps de les améliorer. Concrètement, les étudiants-es sont face à une situation-problème réelle. Ils ou elles vont chercher des informations chacun-e de leur côté. Revenus-es en grand groupe, ils ou elles vont entrer en discussion dans le but de résoudre la situation-problème. Ainsi des interactions vont naître une ébauche de résolution de problème qui sera mise en confrontation avec les solutions et actions développées par les autres groupes. Ce qui permet de retenir la solution ou le diagnostic le plus plausible. La conséquence de cette méthode pédagogique est la résolution des situations problématiques réelles et le développement de l'autonomie.

A l'issue de la rencontre avec les autres, le-la futur-e médecin s'enrichit de connaissances ou d'expériences qu'il ou elle devra mettre en application. L'adaptation des connaissances à la situation clinique évoquée par Emma est associée à une volonté de s'approprier ces informations afin de les capitaliser :

Il le sait quand on en parle on a des groupes d'échanges de pratiques. Nous on a tous eu les cours théoriques et effectivement il faudrait faire ça ça et on sait tous on a toujours eu des cas ou on avait pas fait comme on avait appris parce que on fait par rapport à la situation par rapport à la personne qu'on a en face de nous quoi (Emma, interne en médecine).

La capitalisation expérientielle ne se fait pas que par la rencontre avec les autres. Elle est aussi présente en contexte d'autoconfrontation croisée à partir de laquelle le sujet revoit ses erreurs et réussites. Cela est illustrée dans cet extrait produit par Élvine dans lequel émerge une régulation facilitée²⁰⁶. Ce qui crée un écart entre ce qu'il a acquis en termes de compétences et ce qu'il doit acquérir. La régulation proactive permettra de vérifier la mise en application des ajustements dérivés d'une intervention antérieure.

La simulation est un autre procédé d'apprentissage relatif à l'environnement, nous apprend une fois de plus Élvine²⁰⁷. Lors d'une séance de simulation, le mannequin est programmé pour simuler une situation clinique réelle. Confronté au mannequin et à son comportement, le sujet adopte un comportement plus ou moins conforme à celui manifesté dans une situation réelle. Le souvenir de son passage devant un mannequin, mis en mots, constitue le récit expérientiel du sujet devant ce mannequin.

La synchronisation de ces sources informationnelles est perçue dans leur triangulation.

« Non j'adapte. Oui, je prends les deux. Je prends un peu plus ce qu'on me dit, quel est mon point de vue à moi, quel est mon point de vue à moi bien sûr j'adapte à la situation », déclare Emma.

L'adaptation à laquelle fait allusion Emma est antérieure à l'approvisionnement en informations

²⁰⁶ « Il y a des activités d'enregistrement. La complication c'est qu'on demande la permission au patient on en a pas vraiment le choix on enregistre puis après on réécoute avec un superviseur pour commenter sur ma performance. Évidemment c'est valorisé dans les méthodes pédagogiques actuelles ils sont en train de plus en plus implantés ça. Ils sont vraiment à l'avant-garde ».

²⁰⁷ « Beh en fait c'est relativement nouveau il y a eu une certaine forme de ça à l'externat parce qu'on fait les pratiques mettons c'est un autre collègue qui a des scénarios il est un patient puis il a des symptômes puis moi je me pratique à l'interroger. C'est au niveau basique qu'on faisait beaucoup avant la simulation plus complexe ou il y a d'autres intervenants ça vient plus tard dans la formation. Chance qu'ils essaient d'en ajouter de plus en plus mais c'est pas encore systématiser. À Ste Justine ils ont développé un centre il y a des choses moi je me suis inscrite aussi à des congrès à des choses qui m'ont fait pratiquer ça. Moi il n'y en a encore beaucoup qui sont implantés de façon obligatoire ».

ou expériences : *«Tu demandes de l'aide à qui tu peux. Tu demandes de l'aide à ton co interne. Tu demandes de l'aide aux infirmiers. Tu vas chercher sur internet ce que tu peux. Tu reprends tes bouquins. Tu fais comme tu peux.»*. Ce recours à plusieurs sources informationnelles pour fonder sa décision a aussi été découvert chez William :

Mon superviseur m'a aidé énormément en permettant de faire cela. Je n'ai pas trouvé une autre personne qui a fait cela. J'ai vraiment apporté une nouvelle affaire, j'ai apporté une psychothérapie avec un patient qui était hospitalisé. En général on ne fait pas ça. Il m'a permis de faire. Il m'a fait confiance. Il m'a écouté [...] Je n'aurais pas été capable de faire si je n'étais pas capable de me fier à mon équipe. Les infirmières elles font le suivi au jour le jour, les notes infirmières c'est nécessaire à mon travail quand le patient est hospitalisé. C'est l'information que j'ai qu'est-ce qui se passe avec le patient. L'intervention que j'ai il faut que je sache l'effet qu'elle a eu. Je parle avec les infirmières pour qu'elles puissent me donner un meilleur feedback (William, résident en médecine).

Des productions d'Emma et de William, il en ressort des liens entre apprentissages formatifs et apprentissages expérientiels. Il en ressort aussi une implication réelle de l'apprenant-e dans le processus de liaison de l'action et de la réflexion sur le pourquoi et le comment. L'une des émergences de cette réflexion sur l'action est la mise en dialogue des apprentissages comme vecteur de la médiation cognitive. Une seconde émergence est l'autopréparation (par le sujet lui-même) à la pratique du métier de médecin « pratiquer pour établir de la compétence ». Une troisième émergence est l'habitation à la formation

(auto-formation) à partir de ce que le-la résident-e ou l'interne en médecine vit avec les autres (médecins séniors-es, co-internes ou co-résidents-es en médecine, avec son environnement social (infirmiers ou infirmières, aides-soignantes ou aides soignants, gardes malades, patients-es, etc.) ou environnement physique (ordinateur, simulateur, etc.). Ce qui ressort en fin de compte c'est l'autoformation comprise comme une démarche collective dans le cadre d'échange de savoirs et de réseaux sociaux d'apprentissage (Carré, Moisan et Poisson, 1997) mais aussi comme une démarche solitaire d'acquisition des apprentissages (Ibid.,1997). Cela veut dire que la dimension ontologique a toute sa place dans ce processus puisque le lien entre l'hétéroformation et l'écoformation dépend en grande partie de la dimension existentielle nous dit Clénet (2002). Dans cette perspective, le-la résident-e ou l'interne en médecine construit ou produit ses connaissances par lui-même (Dubet, 2000) pour pouvoir s'adapter au contexte du marché du travail. L'expérience a valeur de « "renormalisation" en situation (lorsque la prescription n'est pas suffisante pour gérer l'inédit des situations » (Schwartz, 1999, dans Wittorski, 2007, p.43). Il est certain qu'à l'issue de ce processus de renormalisation à partir duquel le-la résident-e ou l'interne en médecine a vécu des relations formatrices entretenues avec la socioformation (le-la superviseur-e de stages), il ou elle a amélioré sa façon de faire : on dit qu'il ou elle en est sorti-e transformé-e (Mezirow, 2001).

3.72 Un voyage vers la transformation de soi

Disons auparavant avec Galvani (1997) que l'adjectif existentielle dans le groupe adjectival autoformation existentielle traduit le désir et l'effort du sujet de devenir. Autrement dit ce que

devient le-la jeune médecin en formation n'est rien d'autre qu'une mise en forme ayant pour sens le dénominateur commun de tous les éléments engagés pour se faire soi. La quête de sens orientant la volonté créatrice de soi, diligente les éléments et les efforts engagés pour parvenir à un concept de soi satisfaisant. « Étymologiquement, former, donner ou créer une forme, c'est mettre ensemble des éléments dispersés [...]. L'idée principale semble être celle d'une unification créatrice par la mise ensemble des différents éléments » *dixit* Pineau (1983, p.124). L'unification des éléments dispersés n'est jamais ici un donné *a priori*. Autrement dit entre le sujet et l'étant se crée une discussion. Celle-ci facilite l'atteinte de la vérité, c'est-à-dire l'ensemble des éléments susceptibles d'aider le sujet à atteindre son but. Il n'est plus question ici de s'éduquer mais de se donner une forme convenant aux aspirations du sujet : le respect par la mise en exergue de ses compétences :

Ça dépend. La perception des autres c'est une caractéristique de la personnalité.

C'est de savoir le superviseur comment il nous percevait c'est très variable d'une personne à l'autre. Il peut arriver qu'il nous perçoive positivement. Mais je n'ai pas besoin qu'il d'une perception amicale parfois le respect c'était ça que j'étais capable d'aller chercher à la fin. En démontrant les compétences, on peut aller chercher un respect (William, résident en médecine),

une construction en référence aux formes identitaires anticipées :

moi je suis passé chez un médecin généraliste qui adorait ce qu'il faisait. Il faisait du très bon travail et cela m'a donné envie et je pense que si j'étais passé en stage avec quelqu'un de pas motivé, je me serait posé les questions si je devais faire médecine générale ou pas. et si j'étais passé chez un chirurgien passionné et avec

qui le courant passe tout de suite, j'aurais fait la chirurgie (Emma, interne en médecine).

Cette réflexion sur soi et sur les éléments engagés dans le processus de création de soi, fait de ce qu'est devenu le-la résident-e ou l'interne en médecine un objet-but c'est-à-dire la satisfaction obtenue au terme d'une longue période expectative :

il y a une partie de moi qui réfléchis qu'est-ce que le patient a quel est le traitement que je trouve le plus pertinent pour lui et qu'est-ce que le superviseur attend de moi dans cette situation-là. Je dois combiner ces deux pensées pour que quand je vais présenter au superviseur je dois lui dire qu'est-ce que je crois qu'il attend de moi. Cela a vraiment amélioré mes résultats (Élvine, résidente en médecine).

Ce qui ressort de cet extrait produit par Élvine, c'est la transformation de soi orientée vers une recherche de sens.

3.73. Vers la recherche du sens

Disons quand même qu'il existe des facilitateurs qui permettent au-à la jeune médecin en formation de devenir ce qu'il a souhaité devenir. La dimension relationnelle est donc pour beaucoup dans la quête de sens et la formation du sujet :

C'est l'expérience en général. Les chefs ils ont déjà vu pleines de situations ils ont déjà probablement eu à faire cette situation-là, ils ont fait des expériences à l'époque, ils ont tiré des conclusions. Et ça ça nous aide effectivement et il n'y a

pas mieux que l'expérience en médecine. Il n'y a que les personnes plus âgées que nous pour nous aider quoi (Emma, interne en médecine).

En ce sens Pineau (1985, p.36, dans Galvani, 1997, p.9) dira « l'autoformation de la personne est vue comme la construction d'un système de rapports personnels à ces différents espaces²⁰⁸ ». Cette autoformation existentielle qui trouve tout son épanouissement dans l'anthropologie du blason²⁰⁹ et donc dans la prise en compte de l'imaginaire dans la mise en forme du sujet, a besoin de la tradition herméneutique et précisément de la pratique des histoires de vie pour faire remonter en surface l'expérience vécue par le sujet tout au long de sa mise en forme. Bien qu'elle tire ses racines dans les philosophies des Lumières²¹⁰, l'autoformation existentielle s'émancipe comme l'indique Galvani (1997, p.7) dans les « réflexions qui se sont poursuivies dans le cadre du Groupe de Recherche sur l'Autoformation en France (GRAAF) » même si Pineau (1989) en est l'instigateur.

Sur le plan de la procédure, l'on peut décliner l'autoformation pratique, l'autoformation cognitive et l'autoformation existentielle. L'autoformation pratique réfère au temps d'adaptation à la pratique des connaissances théoriques. De cette activité, va naître des besoins de formation.

²⁰⁸ « Nous avons opté [...] pour une conception rationnelle et écologique de la personne, la voyant comme un support de rapports à différents espaces. Ces espaces, ces "coquilles humaines" s'emboîtent les unes dans les autres, depuis le plus proche, l'espace corporel, jusqu'à plus lointains (apparemment), l'espace métaphysique, en passant par l'espace habitat, l'espace physiocosmique » (Pineau, 1985, p.36, dans Galvani, 1997, p.9).

²⁰⁹ « Le blason reflète donc la façon d'éprouver le monde, de le vivre, de se le représenter. L'instauration de la parole trouve dans le blason son étayage herméneutique. Il se charge de sens. Le blason donne la place à l'action, aux émotions, à l'expression de soi et met en mouvement le changement. C'est en cela qu'il participe de l'autoformation » (Ntsiba, 2012, p.116).

²¹⁰ « Où l'on proclame que la vérité doit être universelle et libératrice, ou ne pas être » (Droit, 2008, p.318).

Pour les satisfaire, l'interne ou le-la résident-e en médecine va entretenir une relation formatrice statique avec les livres :

En lisant finalement pour mes examens finaux je n'ai pas lu des textbooks, j'ai lu des guides de pratiques cliniques puis je me suis familiarisé avecj'essaye de me familiariser avec les raisons derrière pourquoi on fait telle telle affaire. Donc plus ça avançait plus j'étais capable d'alimenter mon point, dans le fond quand j'étais sur l'unité à la fin de la résidence j'expliquais ce que je voulais qu'on fasse. C'est ça qu'on faisait on avait plus de problèmes au début. Je ne voyais pas comment l'expliquer. Au juste j'avais plus de facilité à expliquer qu'à me faire expliquer les choses parce que j'ai pas de facilité à faire les choses avant de les comprendre j'ai besoin de les comprendre avant. Donc que au début on expliquait les choses, il y a beaucoup de gens qui ne sont pas de bons pédagogues qui disent qu'est-ce qu'on fasse mais qu'on ne comprend pas. je pense que c'est une gaîté personnelle que je n'ai pas c'est de vouloir faire plaisir. Moi j'ai pas envie de faire quelque chose pour faire plaisir aux gens. Il faut que je comprenne c'est quoi le problème...ça me rendait ça beaucoup plus difficile. Je voyais au début ça ne filait pas (William, résident en médecine).

En apprenant des livres, l'impétrant-e découvre les nouvelles façons de faire. Ce qui lui permet de mettre à jour ses connaissances : « *c'est beaucoup plus ça que j'ai appris des modèles de rôles mais le type d'apprendre le côté tant expertise psychiatrique c'est beaucoup plus dans mes lectures que j'ai appris ça* » (William, résident en médecine).

Il est certain que l'actualisation des connaissances va aussi influencer l'adaptation des connaissances au contexte de travail. Cette autoformation cognitive²¹¹ va donc influencer le comportement du sujet sans pour autant que celui-ci soit ce qui est attendu par la socioformation (les superviseurs-es de stages surtout).

Ça dépend comment c'est fait. C'est à quel point c'est fréquent le problème c'est que ça vient avec cette culture-là de trouver le bobo. On trouve ce qui ne va pas bien. On se trouve surveillé mais pas observé. On a pas l'impression d'être observé mais j'ai l'impression d'être surveillé. Ils cherchent le bobo oui ça met une tension pis c'est négatif. Si c'était fait dans une notion d'observation je pense que ça pouvait être plus positif. L'avantage de le faire tout le temps c'est que ça devient moins stressant à la longue (Élvine, résidente en médecine).

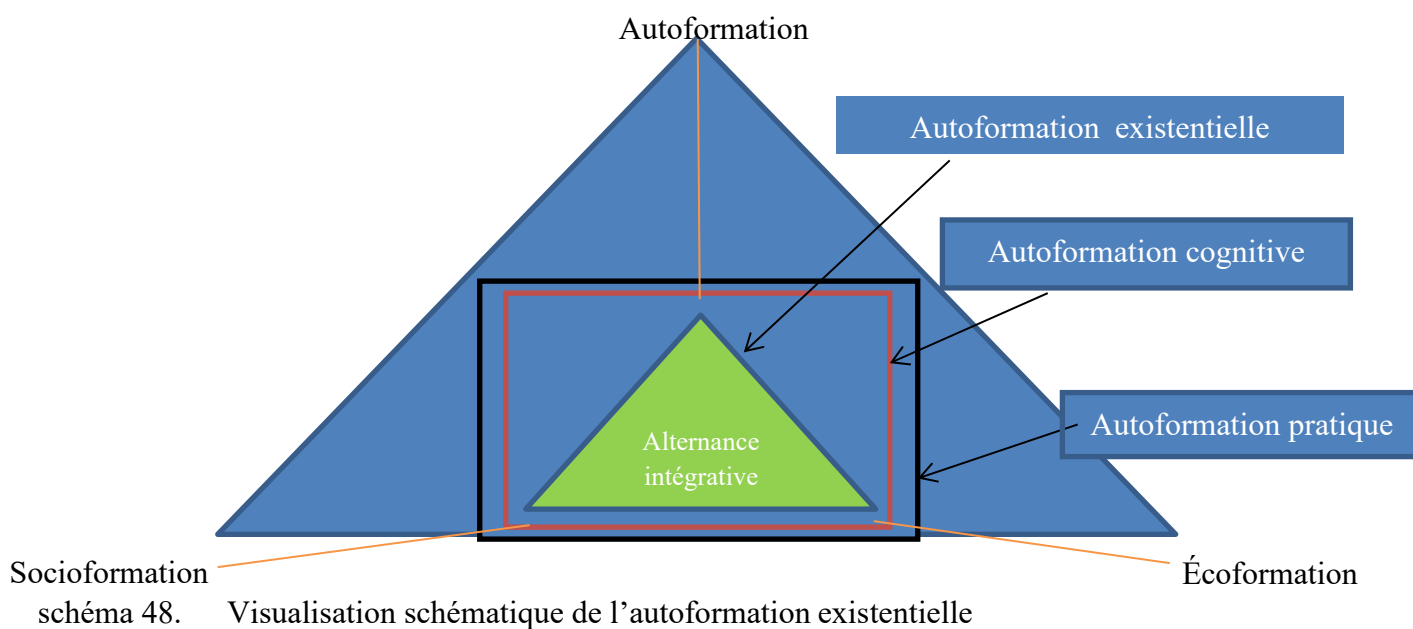
De la relation formatrice avec la socioformation et l'environnement social et physique, il en ressort une multitude d'apprentissages que l'on peut qualifier d'expérientiels qui seront validés par le-la superviseur-e de stages (médecin sénior-e) :

Le but de la supervision est qu'il faut que je raconte le superviseur me dit est-ce que tu as pensé à telle chose est-ce que tu as questionné telle chose. Est-ce que tu

²¹¹ « En général c'est un débriefing. La situation était déjà passée. Donc j'avais déjà tout vérifié toute seule. Et après c'est un débriefing. Ça ne m'arrive pas souvent. Mais de temps en temps ça m'arrivait. On en parlait des cas différents de ce qu'on rencontre d'habitude. Donc donc c'était un débriefing pour partager une expérience. Mais moi j'ai toujours fait, comme, de toute façon ce n'est pas la même spécialité », nous apprend Emma; « C'est vraiment un plus et je pense ça m'a aidé à être digne de faire ça c'est-à-dire la formation par apprentissage par problème parce que on nous disait qu'on faisait ça. J'allais moi-même je batissais mon raisonnement avec ce que je lisais. J'étais capable de l'amener. est-ce que il y a certains cliniciens beaucoup plus dans l'approche dans la façon de voir le travail, dans l'interaction avec les collègues sur les étages. C'est beaucoup plus ça que j'ai appris des modèles de rôles mais le type d'apprendre le côté tant expertise psychiatrique c'est beaucoup plus dans mes lectures que j'ai appris ça », révèle William.

es sur que ce n,es pas autre chose. C,est quoi les examens que tu ferais et pis pour quoi. Tu veux faire une radiographie de l'abdomen pourquoi qu,est-ce que tu cherches pourquoi tu ne proposes pas plutôt ce traitement là et puis on essaie de justifier pourquoi on ferait ça en premier lieu parce qu,on ne pense pas vraiment pas que c'est une thrombophlébite je pense à autre chose. Tel traitement peut être dangereux pour lui. On commence par quelque chose de prudent je pense que c,est surtout comme ça que l'apprentissage est construit. Ils essaient de déconstruire notre mode de pensée par rapport aux problèmes par rapport au traitement (Élvine, résidente en médecine).

Nous parlerons ici d'autoformation existentielle étant entendu qu'elle renferme l'expérientiel comme versé dans le schéma 48.



En guise de conclusion de ce chapitre sur le processus d'autoformation des internes et des résidents-es en médecine, disons que le sujet n'acquière pas totalement les savoirs dans une démarche autodidactique. Dire que le-la résident-e et/ou l'interne ne prend pas entièrement en charge son processus formatif, ne veut pas dire que celui-ci ou celle-ci est totalement passif. Nous avons constaté que le-la futur-e médecin était semblable à un système ouvert qui, pour éviter sa désintégration, est obligé de puiser à l'extérieur de lui la matière-énergie dans l'optique d'assurer sa régénération. Nous avons donc dit que la stabilité systémique était tributaire du foyer organisationnel invisible duquel émergent les conditions d'autonomie. On observe donc ici une volonté de l'apprenant-e d'atteindre l'identité visée, soit devenir médecin. Simultanément, nous avons aussi constaté que la solidification du foyer organisationnel invisible du sujet dépendait aussi des interactions sociales et environnementales.

La concrétion du foyer organisationnel invisible fonctionnant comme un paratonnerre, le sujet développe la capacité de s'ouvrir quand l'urgence de régénération survient et se referme lorsque celle-ci est passée. Cette capacitation de s'ouvrir et de se refermer en contexte hostile (obstacles) nous a amené à percevoir un pouvoir d'agir sous-tendant la subjectivation par et dans les émotions. Se sentant ainsi capable d'influencer son environnement le désir d'apprendre va se transformer en une capacité d'apprendre. Et la formation autodirigée permettra au-à la résident-e de projeter une construction d'un concept de soi satisfaisant.

Ainsi, doté-e d'une motivation autodéterminée, d'une capacité autorégulative, le-la futur-e médecin va s'engager dans un processus autonome de formation de soi par soi. Cette autoformation existentielle caractérisée par l'appropriation du sujet de son pouvoir de formation,

s'apparente à un apprentissage à savoir être voire à savoir devenir. Ce savoir devenir ne peut être caractérisé *ex nihilo* puisque le-la futur-e médecin est confronté-e à ses expériences de vie sur lesquelles il ou elle opère une réflexivité interne. Donnant ainsi un sens à ses expériences de formation, l'autoformation passe d'une autoformation expérientielle à une autoformation expérientielle existentielle schématisée par le schéma 49.

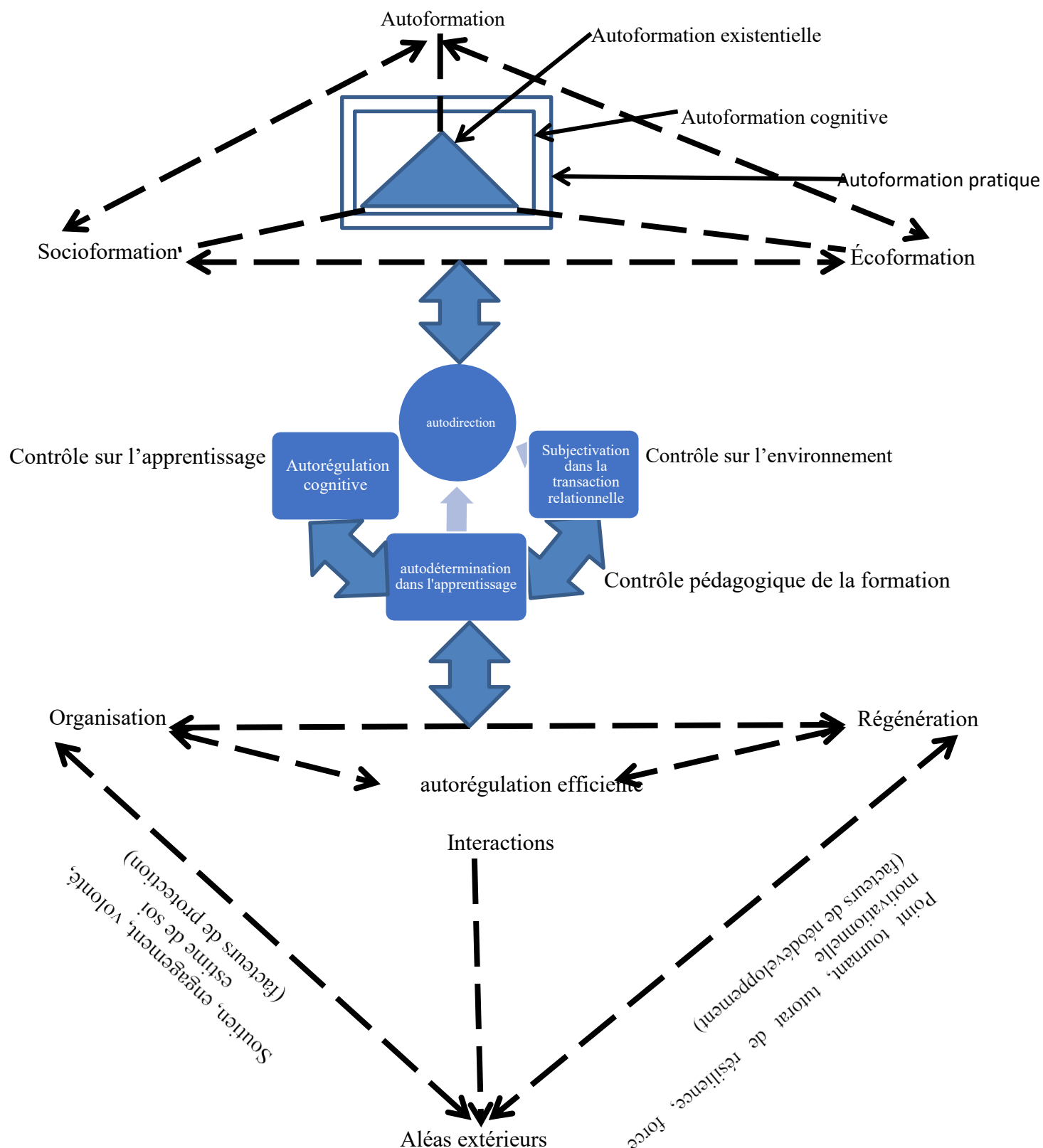


Schéma 49. Processus d'autoformation existentielle des résidents-es et des internes en médecine

Le schéma 49 présente le processus d'autoformation existentielle des internes et des résidents-es en médecine. La complexité ici n'est ni séquentielle encore moins procédurale. Elle est à la fois séquentielle et procédurale. Comme toute situation requiert l'adaptation du-de la jeune médecin en formation, la singularité situationnelle requiert aussi une adaptation contextualisée. Autrement dit, face à la difficulté, l'annulation de l'impact de l'adversité sur le cortex psychique est associée à une rétroaction régulatrice. L'expression de la causalité rétroactive n'est rien d'autre que la volonté d'émergence de la causalité extérieure objectivant ainsi une volonté d'atteinte de l'objet-but. La complexité existant entre la récursion et la rétroaction débouche sur l'autorégénération informationnelle. En se produisant par soi-même, on passe d'un système ouvert à une organisation ouverte preuve de la contribution de la causalité extérieure à la stabilisation de la constance homéostatique. Si l'homéostasie organisationnelle favorise l'émergence des conditions d'autonomie, elle supporte aussi le jaillissement des trois dimensions de l'autodirection, celle-ci soutenant aussi bien le processus d'autoformation expérientielle que le processus d'autoformation existentielle. Ressort ici le rôle combien important du foyer autoorganisationnel invisible dans la stabilité du processus construit. Ce qui nous amène dans un premier temps à proposer des perspectives ouvertes visant à renforcer et stabiliser la structure organisationnelle. Mais étant donné que la construction et la production des connaissances par les jeunes médecins en formation se passe en situation, nous allons proposer des pistes d'amélioration de la formation des médecins à la lumière des travaux et recherches scientifiques incluant les recherches portant sur la pédagogie médicale.

DISCUSSION DES RÉSULTATS

Dans la section analyse et interprétation des données, nous avons exposé la compréhension de l'expérience vécue et du sens que les résidents-es ou internes en médecine donnent à leurs événements de parcours. La richesse de l'interprétation des données collectées auprès des jeunes médecins en formation s'adosse sur la fidélité de notre discours c'est-à-dire que nous avons évité de faire dire aux participants-es à l'étude ce qui leur était étranger. Dans cette section dédiée à la discussion des résultats, nous nous sommes attelé à proposer des perspectives ouvertes en vue d'améliorer le processus d'autoformation expérientielle existentielle des résidents-es ou internes en médecine.

1. LA NÉCESSITÉ DE CRÉER DES ESPACES-TEMPS TRANSITIONNELS-EXPÉRIENTIELS

1.1. Ce qui est en crise en situation, c'est la relation humaine en situation

Signalons que les propos d'Élvine et de Marjolaine nous amènent à constater que la relation est la dimension la moins partagée en formation médicale. Les résidents-es ou les internes en médecine vivent la dévalorisation du mentorat s'apparentant aux problématiques relationnelles liées à la distance se trouvant entre ces publics et les sollicitations pressantes :

j'ai pas eu la chance de rencontrer une personne comme ça. J'imagine que peut-être d'autres personnes ont eu la chance de rencontrer je n'ai pas eu cette opportunité là. Je me suis senti trahie par l'ensemble des superviseurs. Je ne les fais pas assez confiance pour m'ouvrir et être honnête avec eux . c'est impossible de développer une relation de mentorat dans ce contexte là. Ça m'a permis de mieux survivre au jour le jour, d'avoir cette attitude là. Ça m'a aussi coupé la possibilité d'avoir une relation honnête avec les superviseurs (Élvine, résidente en médecine).

Ces publics vivent aussi l'attitude expectative des responsables dans un environnement professionnel exerçant une influence incontestable sur le développement de la timidité : « *c'est pareil pour les responsables, ils m'ont vu en difficulté, ils n'ont rien fait. Et après c'est à moi de faire les démarches. Je n'ai pas fait la démarche.* » révèle Marjolaine. Ils vivent enfin le voile des apparences qui rend difficile et pénible l'attribution du sens à son travail dans un système rigide : « *il y a beaucoup d'hypocrisie entre ce qu'on dit qu'on fait et ce qu'on fait. On fait croire qu'on fait ça et ça mais en fait on ne fait pas. Mais ça ne se dit pas* » confie Eva, médecin sénior et mère d'une interne en médecine. La Conséquence de ces intentions stratégiques qui bloquent la réalisation de l'activité est l'introduction d'une situation de dévalorisation des savoirs d'expérience. Ce qui confirme l'existence en situation d'un curriculum caché préjudiciable à l'optimalisation de la prise en charge des internes ou des résidents-es en médecine en difficulté. D'ailleurs, la réorientation de Marjolaine en santé publique est associée à sa condition physique jugée fragile. Le système n'ayant pas tenu compte de la contribution des variables interactives à son mal être :

Alors professeur X est celui qui s'occupe des internes qui ont des problèmes d'orientation. Donc dès qu'il y a un interne en difficulté on peut faire appel à professeur X qui s'occupe de nous eh et du coup en fait il a bien vu mes difficultés et le fait que j'étais pas bien que j'étais pas encore je veux dire j'avais pas la capacité psychique de supporter d'aborder encore la clinique avec les patients donc de soigner. [...] Eh qu'est-ce qu'il a dit eh eh il a dit la psychiatrie vaut mieux oublier la médecine du travail vous allez essayer eh et bon voilà il n'a pas trop

parlé de la médecine générale bon sachant que j'avais essayé. Il a dit voilà il vous reste une possibilité c'est la santé publique (Marjolaine, interne en médecine).

Il faudrait questionner ici les outils de médiation qui ne jouent pas toujours leur rôle c'est-à-dire qui ne participent pas au changement de la nature de la relation intersubjective :

on a des rencontres avec les tuteurs pour vérifier qu'on est bien. C'est un checklist. Vis tu du stress, on entend pas mon stress. Chaque fois que je suis allé les voir pour dire que je suis stressé, ils m'ont dit il faut que tu avalues soit tu continues soit tu vas en arrêt maladie. Et puis j'ai dit un petit peu je ne vais pas en parler, ils ont dit okay et ils ont coché. Et puis ils ont dit comment vas-tu le reste de ta résidence. Il a coché sur sa liste. Il n'y a pas de réelle communication (Élvine, résidente en médecine).

Le vocable médiation amène à considérer deux acteurs (sujets) et un objet ou un sujet, le média ou médium. Ce qui sépare le-la résident-e ou l'interne en médecine du-de la superviseur-e de stages ou de toute autre personne disponible pour accompagner ces publics lorsqu'ils sont en difficulté, c'est l'outil de médiation qui, comme on peut l'observer dans l'extrait produit ci-dessus par Élvine, est le checklist. La médiation protège donc de l'immédiat qui serait de l'ordre de la violence, de l'action directe²¹². Le dysfonctionnement du médium participe à la transformation de la médiation qui devient source de tension²¹³.

²¹² Action directe = dysfonctionnement ou absence de médium.

²¹³ Nous avons le médium ou outil de médiation qui devrait participer à la transformation de la médiation. L'inefficacité de l'outil de médiation augure une situation de tension.

1.2. L'espace-temps transitionnel-expérientiel, un espace de partage expérientiel

Tout espace-temps transitionnel-expérientiel a pour fonction de créer du lien sécuritaire. Créer un espace sécuritaire suppose présence/prévention de conflit et donc création d'un espace de médiation dans lequel le sujet affronte les menaces pesant sur lui sans pour autant se sentir en danger. En protégeant le sujet du contact direct avec l'interlocuteur/interlocuteur, le médium protège le-la futur-e médecin de la violence vécue en situation. Se sentant protégé-e, le-la futur-e médecin se perçoit comme un partenaire du-de la superviseur-e, ce qui augmente son estime de soi et sa capacité de co-réflexion. En ouvrant l'imaginaire là où il existe trop de réel²¹⁴, le sujet repense sa façon de faire et perçoit que l'on peut faire mieux. La transférabilité expérientielle consensuelle mesurant la co-construction, elle ouvre la porte à une autre co-réflexion soustendant une autre co-construction et donc la favorisation/perpétuation de l'éclosion de la pensée réflexive nécessaire à la transformation à la fois du-de la futur-e médecin et du-de la superviseur-e. Ce qui pourrait participer de l'inauguration de la structure dialogique et institutionnelle du sujet du droit. D'ailleurs à la question de savoir qu'est-ce qui manque au sujet pour devenir un « véritable sujet de droit? », Ricoeur (1995, p.33) répond « il lui manque les conditions d'actualisation de ses aptitudes. Celles-ci ont en effet besoin de la médiation continuelle de formes interpersonnelles d'altérité et de formes institutionnelles d'association pour devenir des pouvoirs réels à quoi correspondent des droits réels ». Le schéma 50 est donc évocateur puisqu'il permet de voir les éléments participant à la reconstruction de la relation par l'introduction des espaces-temps transitionnels-expérientiels.

²¹⁴ Imaginaire = irréel; réel = ce qui est vrai. Une argumentation vraie correspond à ce sur quoi elle porte. l'imaginaire permet de repenser le réel.

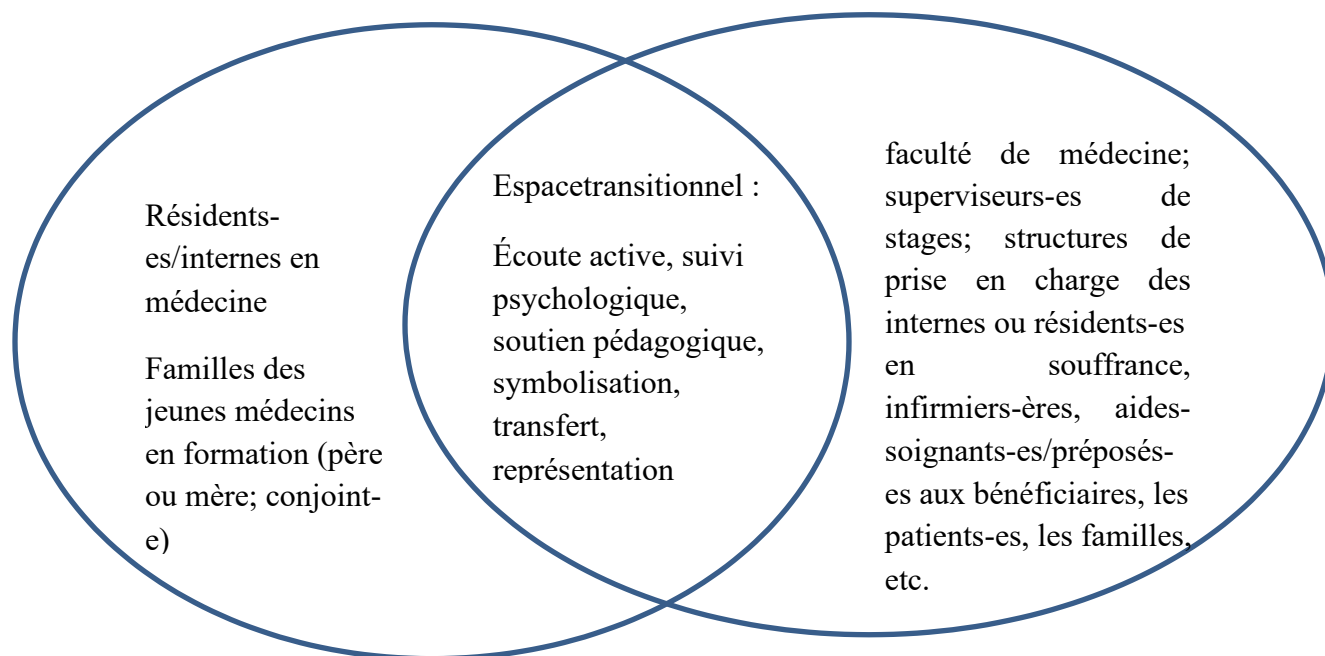


Schéma 50. Espace-temps transitionnels-exoérientiels

Si on s'en tient au schéma 50, on dira que la famille (ou la structure sociale dans laquelle le-a résident-e ou l'interne en médecine a grandi) ainsi que le-la conjoint-e/conjoint-e ou le-la conjoint-e de fait connaît le comportement du-de la jeune médecin en formation, ses désirs, ses forces, ses faiblesses, ses moments de souffrance. Plus encore, que ce soit la famille ou le-la conjoint-e, elle ou il connaît le-la résident-e ou l'interne en médecine sur le plan psycho-affectif. L'institution universitaire ainsi que le terrain clinique évalue les capacités intellectuelles, comportementales et relationnelles du-de la jeune médecin en formation. Ces deux lieux de formations (formationnel et professionnel) connaissent le-la futur-e médecin sur le plan psychocognitif. Le-la résident-e ou l'interne en médecine est ballotté-e un temps dans la famille, un temps à la faculté, et dans la majorité du temps dans le terrain clinique. Il a donc besoin de la mutualisation des soutiens originant de chacun de ces trois lieux pour réussir sa résidence ou son internat en médecine. On peut alors imaginer une complémentarité entre les institutions de

formation médicales, les terrains cliniques et l'environnement social (les familles, les amis-es, les conjoints-es). On perçoit ici l'idée de confidentialité, les rencontres institutions de formations/terrains cliniques et familles se tenant à l'extérieur des milieux d'enseignement et des milieux cliniques. La causalité intentionnelle de l'inauguration de cet espace de partage est la majoration de la prévention et de la prise en charge de la détresse psychologique.

Une autre perspective amènerait à considérer la nécessité de créer/renforcer les liens entre centres de formation et milieux cliniques. Ainsi si nous définissons la distance relationnelle comme étant la valeur d'obstacle à la permanence/mutabilité de relations déjà établies, on est en droit de dire que l'indifférence est attribuée à l'absence de lien. Autrement dit, la conjugaison du lien et de la distance relationnelle inaugure une ouverture du-de la superviseur-e de stages et des autres professionnels-les à ce que vit le-la résident-e ou l'interne en médecine. Ceci n'est possible que si et seulement si on considère les infirmiers-ères ou les aides-soignants-es ainsi que les préposés-es aux bénéficiaires comme des supports de la médiation :

l'assistante infirmière chef quand je l'ai vu je lui ai parlé de ça dans quel état j'étais. Ce que j'ai su ce qu'elle a appelé celle justement qui m'avait fait ces commentaires là, elle a dit que c'était pas correct de me parler comme ça.que tout le personnel m'appréciait sur l'étage. Et qu'elle aimait ça travaillé avec moi. Dans le fond, elle a vraiment pris ma défense (William, résident en médecine).

Prendre la défense du-de l'interne ou du-de la résident-e en médecine traduit la volonté manifeste de participation à la reconstruction de la relation. En ce sens, les infirmiers-ères chefs apparaissent ici comme des supports relationnels. Une formation de ces personnels à la technique

de l'écoute active permettrait à ces publics de jouer pleinement leur rôle d'espace de transmission entre les jeunes médecins et les superviseurs-es de stage, entre les jeunes médecins en formation et les structures de prise en charge des internes et des résidents-es en souffrance. Une sensibilisation de ces personnels à la notion de stress et des réponses apparentées vécues par les jeunes médecins en formation contribuerait à dépister de façon précoce les risques psychosociaux préjudiciables à la santé physique et mentale des résidents-es et des internes en médecine.

La contribution des patients-es au bien-être des jeunes médecins en formation ne devrait pas être négligée. La souffrance que vit les patients-es affectent les résidents-es ou les internes en médecine si bien qu'ils ou elles sont obligés-es de vivre des expériences de souffrance :

c'était mon premier stage en cancérologie où j'ai géré que des fins de vie. C'est difficile, il y a des cas qui vous touchent plus ou moins quand on commence à s'identifier un petit peu. Par exemple une dame, ça aurait pu être ma mère, qui a eu une fin de vie superbe. C'était assez émouvant. J'ai eu aussi une fin de vie d'une maman de 35 ans et puisque deux jours avant on avait fêter l'anniversaire du petit garçon. On avait tout organisé dans sa chambre. Il y a des histoires de vie qui vous marquent plus que d'autres. Quel incident de vie qui nous rappelle notre vie et puis là ça nous touche (Emma, interne en médecine).

Cette souffrance liée au rapport au sensible s'ajoute à d'autres contraintes à l'origine de la souffrance de ces publics. Seul-e devant les expériences de souffrance, et astreint-e au silence par peur du jugement, le-la résident- ou l'interne en médecine rumine sa souffrance. La conséquence est l'effusion émotionnelle malgré lui : « *c'est arriver des internes à pleurer en plein milieu de la*

visite, qui craque complètement. Et qui va s'isoler un tout petit peu parce que ça va plus et puis qui revient et il fait comme il peut ça arrive.» ajoute Emma. Le soutien apporté par une organisation de patients-es participerait à l'optimalisation d'une expérience de résilience d'un-e résident-e ou d'un-e interne en médecine. Les familles comme les patients-es pourraient empêcher le développement de la peur du jugement que vivent les résidents-es et les internes en médecine qui participe de l'accentuation de la souffrance des jeunes médecins en formation : « le fait d'être en salle de pause lorsque des familles arrivent dans le service, par exemple, est, selon les personnes interrogées, mal vu par ces dernières» *dixit* Marchesseau (2019, p.48). Les programmes axés sur la participation des familles à l'amélioration de la qualité pourraient intégrer des séances de sensibilisation des familles et des patients à la souffrance des résidents-es et des internes en médecine associée à la peur d'un jugement extérieur.

1.3. La contribution des patients-es à la sauvegarde des savoirs expérientiels

Il s'avère aussi nécessaire d'attirer l'attention des patients-es et des familles sur la notion de patients-es partenaires « *formés pour que les étudiants puissent pratiquer sur eux* » nous apprend Élvine. Le *débriefing* qui s'en suit contribue à améliorer le raisonnement clinique mais aussi participe à l'enrichissement d'un répertoire de réponses (face à des situations cliniques) pouvant être sauvegarder dans ce que nous appelons Portfolio ou eportfolio.

2. L'EPORTFOLIO, UNE MÉDIATION CONTRÔLANTE ET STRUCTURANTE DES SAVOIRS EXPÉRIENTIELS

Au tout début, le *portfolio* papier est un outil de formation à la pratique réflexive des professionnels et ici dans le domaine de la santé (Goudray et Gay, 2009). Cet instrument facilite

la pratique réflexive puisqu'il favorise l'autoévaluation qui conduit à une meilleure connaissance de soi. Autrement dit, le portfolio améliore l'ordonnancement du processus de capitalisation des connaissances en amenant le sujet à découvrir les connaissances qui ne sont pas encore construites ou produites (Scallon, 2007). Seulement le manque de temps (temps de supervision trop court par les formateurs, manque de temps pour la rédaction) (Dubé, 2012), les difficultés d'usage de ce matériel (manque de place pour écrire, manque de liberté pour présenter l'analyse de la situation) (Garmoer et Marchand, 2012) et surtout les différenciations d'appropriation des différents niveaux de compétences (items peu clairs) (*Ibid.*), laisse remarquer d'importantes différences individuelles au niveau de l'appropriation du *portfolio* papier. Cet instrument mal utilisé fait que le récit sur l'expérience vécue devient une fin en soi. Pourtant une analyse collective et constructive de situation basée sur l'échange d'expériences maximiserait la capacité transformatrice de cet instrument et faciliterait l'apprentissage d'expériences réelles, concrètes et représentatives du vécu du sujet.

Ainsi dans la mouvance des applications pratiques des théories issues de l'intelligence collective prenant en considération la puissance du cyberspace (Lévy, 1987) et surtout de la cyberculture (Lévy, 2001), des communautés virtuelles de pratiques et des forums de discussion électronique ont été développées dans l'optique de faciliter l'analyse collective et constructive de situations cliniques ainsi que l'échange d'expériences. C'est dans cette perspective que nous rangeons l'eportfolio (Karsenti et Colin, 2012).

Contrairement à la version papier, l'*eportfolio* est non seulement flexible (flexibilité d'organisation du contenu, flexibilité de contenu, grand volume de stockage), accessible, mais

aussi facilite le passage du groupe restreint au réseau nous apprenent Karsenti et Colin (2012). Le réseau fait référence à ce qui dépasse le contexte d'apprentissage initial (Kop et Hill, 2008, cités par Karsenti et Colin, 2012) pour intégrer le contexte expérientiel. Nous nous trouvons très bien dans une perspective d'apprentissage en situation supporté par un contexte virtuel. Ainsi lorsque Marjolaine dit : « *et je me suis senti un peu perdue. Et pas du tout encadré et j'ai posé la question de mon orientation alors je me suis dit je peux passer en médecine générale.* », cela amène à associer la réorientation de Marjolaine en santé publique à une dévalorisation des conditions d'étayage rencontrée en formation médicale. Or la disponibilité électronique des procédures liées aux savoirs l'aurait aidé à ordonnancer la capitalisation des connaissances. D'un autre côté, la remise en question de son agir facilité par la consultation du récit expérientiel des autres co-internes aurait facilité le processus d'autoévaluation. Bien mené ce double processus aurait contribué non seulement à l'optimalisation de la capitalisation des connaissances mais aussi aurait évité qu'elle vive la dévalorisation des savoirs d'expérience.

Les savoirs d'expérience sont des connaissances explicitables (Rogalski et Leplat, 2011) élaborées à partir des expériences vécues sur le terrain de la pratique. En ce sens, les savoirs expérientiels (dont le récit de leur acquisition est sauvegardé dans l'*eportfolio*) peuvent participer à la régulation émotionnelle. Dans cette perspective, un regard réflexif sur le vécu expérientiel permettrait de lui donner un sens, une signification, une orientation.

3. SAVOIRS EXPÉRIENTIELS ET RÉGULATION ÉMOTIONNELLE CHEZ LES JEUNES MÉDECINS EN FORMATION

Il est communément admis que les futurs-es médecins vivent leur quotidien professionnel sous le mode la souffrance psychologique (FMRQ, 2014; ANEMF, 2017). Pour s'en sortir²¹⁵, ils ou elles sont obligés-es de développer des facteurs de riposte et de résistance mais aussi de s'appuyer sur des facilitateurs. On perçoit ici l'idée d'un pouvoir d'agir dans la transmutation d'assujetti à dé-assujetti. Le dé-assujettissement étant ici la capacité de desserrer l'étau exercé par les forces agressives extérieures (stresseurs occupationnels). Il est certain que le processus de désignation²¹⁶ ne soit pas exempt d'expressions émotionnelles négatives. Il est aussi certain que la génération des émotions négatives et leur dysrégulation soit associée à la psychopathologie. Cela veut donc dire que le dé-assujettissement ou subjectivation est d'abord tributaire de la capacité du sujet à gérer les états émotifs négatifs dans lesquels il se trouve : *« j'ai appelé ma chef pour lui dire que là c'était trop. Il y a plusieurs autres situations qui m'ont touchée et puis je ne me suis plus jamais effondrée comme ça. Je pense que j'ai trouvé une certaine distance »*, stipule Emma. Le chef qui n'est rien d'autre que le superviseur de stage est à la fois une source de protection et une source de reconstruction post traumatique. Cependant, si la distance retrouvée par Emma liée à la rencontre avec son chef a suivi une certaine procédure (démarche), comment celle-ci s'est-elle déroulée? quels savoirs en sont ressortis? Comment le sujet s'est approprié ces savoirs pour se protéger de la détresse psychologique? Cet aspect soit le développement *in situ* des savoirs

²¹⁵ Pour réussir leur parcours de professionnalisation

²¹⁶ Ou de dé-assujettissement

expérientiels permettant au sujet d'éviter de sombrer dans la maladie mentale ou physique (liée à l'exposition aux risques psychosociaux²¹⁷) n'a pas été pris en compte dans notre thèse.

4. L'ACCOMPAGNEMENT DES FORMATEURS ET FORMATRICES DES JEUNES MÉDECINS EN FORMATION

Considérer les savoirs expérientiels exclusivement produits ou construits en situation de travail, amène aussi à reconnaître le travail combien important que devrait jouer les enseignants-es cliniques, superviseurs-es de stages ou médecins séniors-es dans l'encadrement des jeunes médecins en formation : *« j'ai quand même beaucoup appris des choses d'eux et chaque relation n'a pas toujours été négative. J'ai eu des superviseurs que j'ai apprécié. »* révèle Élvine, résidente en médecine. Les révélations d'Élvine amènent à placer au centre de la question de l'étayage, les moyens que le-la superviseur-e de stages met en place pour préparer le-la jeune médecin en formation à l'autonomie :

un déséquilibre entre l'autonomie puis les compétences. ça veut dire avoir beaucoup de responsabilités par rapport à ce que tu es capable de faire ou à l'inverse tu as l'impression de n'avoir aucune possibilité de décisions tu ne peux pas utiliser tes compétences. Ça c'est quelque chose qui est dans n'importe quel milieu de travail (William, résident en médecine).

²¹⁷ « Facteurs qui sont **liés à** l'organisation du travail, aux pratiques de gestion, aux **conditions d'emploi** et aux **relations sociales** et qui augmentent la probabilité d'engendrer des effets néfastes sur la santé physique et psychologique des personnes exposées ». (INSPQ, 2016)

Deux postures contradictoires vont donc complexifier la préparation du-de la jeune médecin en formation au désétayage. La première stipule que le développement précède l'apprentissage. Ce qui voudrait dire que les connaissances sont développées par le-la résident-e ou l'interne en médecine par lui-même ou elle-même au cours d'un certain temps. D'après cette conception de l'apprentissage, le-la résident-e ou l'interne en médecine devrait construire ses connaissances par lui-même ou par elle-même. La déconsidération est associée à une incapacité à développer une base de connaissances attendues : *«j'étais très marquée parce qu'un médecin m'a dit tu vois tu as essayé tu as bien vu que ce n'étais pas fait pour toi»* (Marjolaine, interne en médecine). La seconde stipule que le-la résident-e ou l'interne en médecine peut apprendre n'importe quoi à n'importe qui n'importe quand. On fait confiance à toutes les sources informationnelles. Il s'agit ici d'exercer le-la jeune médecin en formation à certains comportements. Si on s'en tient à cette conception, le développement se réduit à la somme des apprentissages. On revient ici aux théories skinneriennes qui procèdent par la modification des comportements à partir des méthodes de conditionnement. Il s'en suit donc une situation où le sujet ne peut pas se développer en dehors de la conception stimulus-réponse. Opérationnellement et en formation médicale, cela se traduit par ce qu'Élvine va appeler le processus de déconstruction du mode de pensée des jeunes médecins en formation pour les adapter à ceux des médecins chevronnés-es : *«ils essaient de déconstruire notre mode de pensée par rapport aux problèmes par rapport au traitement.»*. Dans cette perspective, le stimulus discriminatif amène le-la jeune médecin en formation à constater qu'il n'a pas atteint le comportement attendu. Autrement dit, l'attribution d'une cote faible s'assimile à une conséquence négative et une cote haute à une conséquence positive. Et l'attribution d'une cote haute est associée au respect de la règle : *«je dois*

combiner ces deux pensées pour que quand je vais présenter au superviseur je dois lui dire qu'est-ce que je crois qu'il attend de moi pis cela a vraiment amélioré mes résultats.» confie Élvine. Si on s'intéresse un tant soit peu aux conditions d'apprentissage, on se rend compte qu'elles privilégient un apprentissage qui associe action et réaction de l'environnement. La conséquence est l'inauguration d'une situation de dévalorisation de la notion de mentorat :

j'ai pas eu la chance de rencontrer une personne comme ça. J'imagine que perut – etre d'autre personne ont eu la chance de rencontrer je n'ai pas eu cette opportunité là. Je me suis senti trahi par l'ensemble des superviseurs. Je ne les fais pas assez confiance pour m'ouvrir et être honnête avec eux . c'est impossible de développer une relation de mentorat dans ce contexte là. Ça m'a permis de mieux survivre au jour le jour, d'avoir cette attitude là. Ça m'a aussi coupé la possibilité d'avoir une relation honnête avec les superviseurs (Élvine, résidente en médecine).

Il ressort donc ici une problématique liée au savoir-être-en relation qui peut-être attribué au stress lié à la peur du médico-légal : *«les médecins ont très peur du médico-légal. Ils ont peur d'aller au tribunal et d'être condamné.»* (Eva, médecin sénior-e.).

Il est certain que les internes ou les résidents-es en médecine sont sous la responsabilité des superviseurs-es de stage ou cliniciens-nés enseignants-es. Il est aussi certain que les activités cliniques dans le cadre d'un stage de 3^e cycle en études médicales soient associées au développement des compétences de médecin. On se trouve ici dans un dilemme : faudrait-il adopter une pédagogie attentiste (première posture) ou une pédagogie volontariste (seconde posture). Autrement dit, faudrait-il opter pour l'abstention pédagogique (première posture) ou pour

le dressage (seconde posture). Ne pas choisir reviendrait à proposer une autre posture meilleure que ce qui est présentement adoptée. Pour cela, nous nous rangeons derrière l'ancrage qui privilégie la thèse selon laquelle le développement ne procède pas de l'individuel vers le social mais plutôt du social vers l'individuel *dixit* Vygotsky (1934). En ce sens, c'est au détour de la transaction sociale que le sujet construit ses connaissances. Les écrits ne disent rien d'autres lorsqu'ils affirment que « l'acquisition des savoirs professionnels et le développement des compétences ne peuvent se jouer totalement dans des structures externes au monde du travail » (Lebel, Van Nieuwenhoven et Bélair, 2019, p.2). Cet apprentissage en situation de travail attribué à une situation de travail devenue le lieu de toutes les alternances, amène à considérer que les apprentissages ne précèdent pas le développement. Ce qui sous-entendrait que les conditions optimales d'étayage pourraient participer à l'acquisition de fonctions psychiques supérieures au développement atteint par le-la jeune médecin en formation. Dans cette perspective, la fonction du-de la superviseur-e de stages est donc nécessaire pour apprécier le niveau de développement atteint et de proposer des acquisitions supérieures. La formation des superviseurs-es ou cliniciens enseignants-es devrait se faire donc à deux niveaux. Tout d'abord au niveau de l'implémentation du dispositif d'étayage pour amener le-la résident-e ou l'interne en médecine à fonctionner au dessus de ses possibilités actuelles. Lorsque Marjolaine, interne en médecine, dit « *je n'arrivais pas prendre des initiatives, j'ai un manque de confiance en moi. Bon en fait objectivement j'étais un peu seule.* », on attribue son manque de confiance en soi à un manque d'accompagnement vécu en situation. Une enquête de terrain serait nécessaire pour « identifier les compétences adéquates permettant l'accompagnement des stagiaires. » *dixit* Lebel, Van Nieuwenhoven et Bélair (2019, p.2). Dans le même ordre d'idées, Barrows (1994) nous a appris qu'une fois les étudiants-es en

médecine sont rendus-es au 3^e cycle des études médicales, ils ou elles ne sont plus sur la surveillance des facultés de médecine. Cette situation qui introduit des dérapages didactiques, amène à repenser en situation de travail une harmonisation entre les superviseurs-es de stages ou cliniciens-nes enseignants-es, d'une part, les tuteurs ou tutrices d'autre part, afin d'optimiser la mutualisation des contributions pédagogiques et tutorales (*Ibid.*). Le deuxième niveau d'action serait de penser le désétayage progressif. Si les conditions d'étayage sont optimales, il s'avère évident que le-la jeune médecin en formation parvienne à l'autonomie objectivée par l'usage des fonctions nouvelles. Or il semblerait, au détour de l'analyse des productions biographiques des jeunes médecins en formation qui ont participé à l'étude, que les superviseurs-es de stages ou cliniciens-nes enseignants-es savent relativement organiser les situations d'étayage, mais ils ou elles éprouveraient des difficultés à organiser des situations de désétayage : *«à la fin je pense que c'est plus difficile de faire une transition entre la fin de la résidence puis le patronat.»* confie Élvine.

5. L'ACCOMPAGNEMENT À L'AUTOFORMATION DES RÉSIDENTS-ES ET DES INTERNES EN MÉDECINE

Il est certain que l'optimisation des conditions d'étayage associées aux situations de désétayage progressif ne peut pas négliger la dimension socio-relationnelle. Les rétractions sont très souvent attribuées à un besoin de réassurance affective. La déstabilisation anxiogène qui s'en suit traduit le manque d'accompagnement en situation que vivent les jeunes médecins en formation :

c'est juste que jamais je ne m'attendais à devoir prendre en charge un schizophrène précoce, à prendre en charge toute seule des enfants qui font des tentatives de suicide dans le service c'est plutôt ce genre de choses c'est vraiment eh face à des enfants qui ne sont pas bien parce qu'ils sont hospitalisés qui n'arrivent pas du tout à manger, il y a un blocage on se sent un peu plus comment dire eh on a pas les moyens comme si on ne pouvait pas les aider comme si on avait pas tous les outils pour les aider (Marjolaine, interne en médecine).

Des dispositifs pédagogiques d'accompagnement auraient permis à Marjolaine de bénéficier de la présence d'un-e superviseur-e de stages ou tout-e autre intervenant-e qui se joindrait à elle pour se sortir du péril en tenant compte de ses possibilités. Dans cette perspective, l'accompagnement s'apparenterait à un cheminement avec mais au service de l'apprenant-e. En ce sens, le-la superviseur-e de stages ou le-la clinicien-ne enseignant-e n'apprend pas à la place du- de la jeune médecin en formation. On revient ici à l'optimalisation des conditions d'étayage (dépassant le tropisme du soutien ou de l'accompagnement) qui prendrait en compte aussi bien la dimension socio-relationnelle que cognitive.

CONCLUSION

Notre travail portait sur les situations et processus d'auto-formation expérientielle existentielle chez des médecins résidents-es et chez des médecins internes. L'écriture du contexte de l'étude nous a permis d'observer que les résidents-es et les internes en médecine vivaient leur quotidien sous le mode de la souffrance psychologique. Ce qui nous a amené à poser la question des stratégies développées par les résidents-es et les internes en médecine qui réussissaient leur parcours²¹⁸.

Pour répondre à cette question, nous avons élaboré un objectif général soit modéliser le processus d'autoformation expérientielle existentielle des résidents-es en médecine québécois-es et des internes en médecine français-es exposés-es à l'adversité. Nous avons fixé un certain nombre d'objectifs opérationnels. Tout d'abord décrire et analyser les conceptions des processus d'apprentissage expérientiel en jeu dans les parcours de professionnalisation des jeunes médecins québécois-es et français-es. À cet effet, nous avons recensé six conceptions de l'apprentissage expérientiel auxquelles se rapportaient six processus d'apprentissage expérientiel.

Le deuxième et le troisième objectif s'attelaient respectivement à identifier et analyser les facilitateurs des processus d'apprentissage expérientiel en jeu mais aussi repérer parmi ces facilitateurs ceux de l'autoformation. Ceux-ci seront repertoriés dans le tableau 21 ci-après.

Tableau 21. Les facilitateurs de l'apprentissage expérientiel et de l'autoformation reperoriés

²¹⁸ Indicateurs de la réussite : développement, entretien et renouvellement des facteurs de protection et de néodéveloppement; aptitude à surmonter les difficultés; aptitude à s'approvisionner en savoirs formatifs et expérientiels; aptitude à mettre en dialogue les savoirs formatifs et expérientiels afin de développer de nouveaux savoirs ou des savoirs nouveaux.

Les facilitateurs de	
l'apprentissage expérientiel	l'autoformation expérientielle existentielle
L'apprenant-e acteur de ses apprentissages	L'apprenant-e acteur de ses apprentissages
L'enseignant-e facilitateur ou facilitatrice	L'accompagnement de l'enseignant-e
Compétence informationnelle	Compétence informationnelle
Individualisation	Relation formatrice avec l'environnement
Progressivité de l'apprentissage	Engagement/motivation de l'apprenant-e
Les facteurs de protection	Les facteurs de protection

Auparavant, signalons que les données ont été recueillies au travers d'une entrevue semi-dirigée progressivement stabilisée en fonction des éléments issus du terrain. *Via* la théorisation ancrée considérée à la fois comme méthode de recherche et d'analyse, nous avons constaté que les facilitateurs à l'apprentissage concouraient tous à l'autoformation du-de la futur-e médecin. La synchronisation des ressources autoformatives, hétéroformatives et écoformatives a été objectivée par le processus d'autoformation de ces publics modélisé et théorisé à partir de leurs discours.

Lorsqu'on s'attarde un tant soit peu sur le processus d'autoformation des médecins résidents-es comparé à celle des internes en médecins, l'on constate, au regard des catégories conceptualisantes, qu'il n'existe pas une très grande dissimilitude entre les deux processus d'autoformation. Plus encore, le tableau 19 (p.185) permet d'observer qu'à chaque facilitateur ou besoin sémantiquement divergent, s'opposait un autre contextuellement similaire.

Dire qu'il n'existe pas assez de dissimilitude entre le processus d'autoformation des internes et des résidents-es en médecine, ne voudrait pas dire que notre travail soit exhaustif. Autrement dit, si à l'issue de la théorisation/modélisation du processus d'autoformation des médecins résidents-es et des internes en médecine, nous avons satisfait aux objectifs que nous nous étions fixés au départ, il n'en demeure pas moins que cette étude contient des limites.

La première limite se situe au niveau de l'échantillonnage. En France, nous avons recueilli des données auprès de deux internes en médecine évoluant dans leur écosystème. Ce qui nous a permis d'avoir des données des internes en médecine que nous pourrions comparer avec celles recueillies avec des données connexes. Ce qui renforcerait la crédibilité des données énoncées par les jeunes médecins en formation. Mais n'ayant pas eu l'opportunité de rencontrer des passeurs susceptibles de nous mettre en relation avec des participants-es connexes, nous avons abandonné cet exercice. Pour combler cette lacune, nous avons jugé opportun de renvoyer le rapport au-à la participant-e afin qu'elle ou il constate et apporte des modifications à celui-ci s'il y a lieu.

La deuxième limite est connexe à la première et concerne la flexibilité de l'échantillonnage théorique surtout du côté québécois. En France, nous avons pu avoir une interne en médecine qui n'a pas pu achever son internat en médecine²¹⁹. Ce que nous n'avons pas eu au Québec. En comparant les deux productions biographiques, nous aurions peut-être confirmé ou infirmé l'élaboration du foyer auto-organisationnel des internes et des résidents-es en médecine qui ne parviennent pas à achever leur parcours.

²¹⁹ D'ailleurs, elle s'est réorienté en santé publique.

La troisième limite peut résider dans la prétention de globalisation du processus d'autoformation expérientielle existentielle élaboré. Nous avons recueillis les données, du côté français auprès d'une interne en médecine générale, une interne en gériatrie. Du côté québécois, nous les avons recueillies auprès d'une résidente en médecine générale et d'un résident en psychiatrie. Si les motifs pour s'engager en formation des résidents-es et des internes en médecine ne sont pas les mêmes dépendamment de leur filière de résidence et/ou d'internat en médecine, il est certain que l'on devrait observer une différenciation dans la catégorisation des motivations sous-tendant l'autodétermination. Seulement le comblement de cette limite entraînerait une autre celle des moyens de la faisabilité (temps, ressources financières) de l'étude.

Nous ne pouvons clore cette thèse sans pour autant apporter les pistes pour la recherche dans le domaine de l'autoformation expérientielle existentielle ainsi que les propositions d'amélioration des dispositifs de formation. Les pistes de recherche seraient en lien avec la société de l'accélération et l'autoformation. Dans une société affectée par les effets de la mondialisation, la pullulation des offres de formation rencontre des offres d'emploi « assurant » l'épanouissement professionnel et individuel du sujet. Seulement, l'instabilité professionnelle découlant en partie de la difficulté du sujet à développer des compétences professionnelles., il s'ensuit une inadéquation du sujet aux fluctuations du marché du travail. Ce qui exige un renouvellement des compétences professionnelles, preuve de la flexibilité du sujet en situation de travail. L'adaptation du sujet à son contexte professionnel sera grandement garantie par les nouvelles modalités d'autorégulation des apprentissages du sujet. La médiation étant la condition *sine qua non* à l'autoformation expérientielle, comment le sujet pourra-t-il interagir dans des communautés virtuelles de pratiques afin d'assurer la capitalisation expérientielle? Cette autoformation expérientielle numérique

pourrait aussi alléger le poids des pressions sociales ainsi que des antisocialités subies par le sujet en contexte de travail. La deuxième piste de recherche serait plutôt en lien avec l'émergence des environnements capacitants dans les organisations. Dans ce registre nous classerons les discours «sur et pour» la professionnalisation axés de plus en plus sur la problématique de l'amélioration de la professionnalité des professionnels. Il n'est plus question d'avoir des professionnels-les bien formés-es mais plutôt des travailleurs et travailleuses flexibles, polyvalents-es, compétents-es et aptes à aborder l'innovation et les processus complexes. En ce sens la flexibilité du travailleur ou de la travailleuse renvoie à une amélioration perpétuelle des compétences ou des savoirs expérientiels. Or qui dit compétences dit quelque part devenir capable de donner la réponse juste au moment opportun. Or nous savons qu'avec la mondialisation, nous avons connu une évolution constante des technologies dans un monde en pleine mutation et obligé de faire face aux enjeux économiques importants. On assiste ainsi de plus en plus à une transformation radicale du monde du travail. Preuve est de constater une émergence d'organisations de travail « construits sur la rentabilité et sur des modes de gestion du personnel parfois offensifs » (Combabert, 2010, p.9). Cet état de choses va exposer les travailleurs ou travailleuses et notamment les futurs-es médecins non seulement aux risques psychosociaux mais aussi faciliter la mise en place progressive d'une organisation pathogène. Ce management pathogène maintient le-la futur-e médecin dans un climat d'incertitude. Dans ces conditions, le développement des compétences ou alors l'acquisition des savoirs expérientiels se trouvent à la croisée du savoir, du vouloir et du pouvoir. L'autoformation devient l'argument nécessaire à la construction des compétences ou alors à l'acquisition des savoirs expérientiels dans un processus de formation en alternance puisqu'elle permet au stagiaire d'apprendre par lui-même dans une démarche autonome de production de savoirs. La question sera

comment le sujet peut-il construire des compétences lorsqu'il fait face à des intentions stratégiques qui l'empêchent de se développer et qui simultanément, lui demandent de rendre son travail défendable? Ce dilemme dans lequel est installé le-la professionnel-le et ici le-la futur-e médecin nous amène à proposer des pistes d'amélioration des dispositifs de formation en alternance ayant pour l'objet l'autonomie des professionnels-les. Le premier niveau d'action sera les curriculums de formation c'est-à-dire la conception, l'organisation et la programmation des activités d'enseignements/apprentissage selon un parcours éducatif. Il s'agira de se demander quels contenus scolaires s'adéquant avec quels référentiels professionnels proposer? S'il existe un va-et-vient constants entre l'institution de formation et les lieux de stage, il est donc important qu'il existe une véritable collaboration entre l'institution de formation, les lieux de stages et les stagiaires (résidents-es ou internes en médecine) pour que ceux-ci ou celles-ci puissent facilement réussir leur stage ou leur parcours de professionnalisation. Un-e résident-e ou un-e interne en médecine ne pourra, en stages, consulter les patients-es par exemple que si et seulement si il ou elle a appris la démarche scientifique de consultation médicale. Le préalable théorique permet à celui-ci d'aller lui-même chercher les failles à sa technique de consultation médicale et à son amélioration que ce soit dans le cadre d'une évaluation *in situ* (en stages) ou sur le champ de la formation théorique. Il s'agira aussi de se demander comment réduire l'effet du conflit instrumental dans la réussite académique des apprenants-es. Ceci parce que l'institution de formation détermine le contenu didactique et pédagogique à transmettre ainsi que les stratégies de transmission de contenu tout en élaborant des stratégies pour minimiser les effets du conflit instrumental. La qualité des enseignements déterminant en quelque sorte la valeur pédagogique et académique de l'institution de formation. Les stagiaires acquièrent le contenu pédagogique. Si

celui-ci est mal ficellé, la réussite académique de l'apprenant-e est compromise. Il va de même pour la qualité de la transmission pédagogique. Le deuxième niveau d'action sera le référentiel professionnel. Il désigne « le document qui décrit la profession ou le secteur professionnel visé par le diplôme » (Raisky, 2005, p.3, dans Cros et Raisky, 2010, p.109). À ce niveau d'action, nous allons constater la capacité du-de la stagiaire à s'adapter au milieu professionnel. En stage, le-la futur-e médecin fait face au réel de l'action. S'il existe une adéquation entre le référentiel de formation et le référentiel professionnel, sa marge de manœuvre sera aisée. Le troisième niveau d'action sera la prise de conscience du-de la stagiaire de son état de stagiaire c'est-à-dire de personne venue apprendre quelque chose qui sera à la longue réinvestie dans le champ professionnel. Ce qui demande donc de la part du-de la stagiaire un processus réflexif sur les apprentissages reçus en stages et au centre de formation. Ce qui leur permettra de s'approprier par lui-même ou elle-même ses apprentissages. Nous évoquons ici la motivation et l'engagement du stagiaire en stage. Au bout de leur formation, tous les médecins spécialistes ont le même projet professionnel : réinvestir les connaissances acquises lors de leur formation. La seule différence c'est que leurs motifs pour s'engager en formation médicale et en résidence ou internat en médecine ne sont pas les mêmes. La motivation à apprendre ne peut être maintenue que si et seulement si le-la jeune médecin en formation a la possibilité de négocier son projet individuel tout au long de sa réalisation. Ce qui laisse entendre que l'on devrait s'attarder sur les contraintes institutionnelles, personnelles ou professionnelles qui empêcheraient à un moment ou l'autre la réalisation du projet. Une troisième piste est le contrat pédagogique qui détaille, avant le début du stage, les objectifs poursuivis par le stage (objectifs pédagogiques opératoires), les moyens mis en place pour aider l'interne ou le-la résident-e en médecine pour construire les connaissances

(ressources pédagogiques) les méthodes de remédiation pédagogique (modalités d'évaluation formative) et le suivi des apprentissages (conditions d'atteinte des objectifs, critères de validations finales). La quatrième piste est l'environnement ouvert de formation. Il s'agit de prendre en compte des aspects susceptibles de transformer le milieu d'apprentissage clinique en un environnement ouvert : le développement d'une organisation autoformatrice; le développement d'un centre de ressources facilitant l'adaptation in situ du-de la jeune médecin en formation; le développement d'apprentissages ouverts.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Acioly-Régner, N. M., Chaves, A. L. L. et De Araújo, M. N. M. (2011). Souffrance au travail et résilience de l'enseignant : analyse de pratiques pédagogiques à l'école primaire au Brésil. *Les collectifs du CIRP*, 2, 248-257.
- AEMC EMPo. (2016). L'avenir de l'EMPo – *Un rapport sur les activités menées dans le cadre du projet sur l'AEMC EMPo*. Repéré le 30 août 2018 à <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-06-20-fr-volet-postdoctoral-projet-avenir-education-medicale-au-canada.pdf>.
- Agard, O. (2002). Contributions juives à l'ethnographie urbaine : Simmel, Kracauer et l'École de Chicago. *Revue germanique internationale*, 17, 1-21.
- Agulhon, C. (2001). Autour des mots « formation et professionnalisation des emplois-Jeunes ». *Revue Recherche et Formation*, 37, 91-104.
- Aktouf, O. (1987). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations. Une introduction à la démarche classique et une critique*. Montréal, QC : Presses de l'Université du Québec à Montréal.
- Allal, L. (2007). Introduction. Régulations des apprentissages. Orientations conceptuelles pour la recherche et la pratique en éducation. Dans Allal, L. et Lopez, L. M. (dir.), *Régulation des apprentissages en situation scolaire et en formation* (pp.7-23). Bruxelles, Belgique : De Boeck supérieur.
- Anadon, M. (2006). La recherche dite qualitative : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Association pour la recherche qualitative*, 26(1), 5-31.

- Anadon, M. et Guillemette, F. (2007). *La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive?* Repéré le 30 août 2020 à http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v5/RQ-HS-5-Numero-complet.pdf.
- Anaut, M. (2015). La résilience : évolution des conceptions théoriques et des applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, 2(121), 28-39.
- Ardouin, T. (2010). *Ingénierie de formation : analyser, concevoir, réaliser, évaluer* (4^e édition). Paris, FR : Dunod.
- Ardouin, T. et Lacaille, S. (2009). *L'adulte en formation : comprendre, réaliser, évaluer* (4^e éd.). Paris, FR : Dunod
- Argyris, C. et Schon, D. A. (1978). *Organizational learning: a theory of action perspective*. Boston, USA : Addison-Wesley series on organizational development.
- Argyris, C. (1995). *Savoir pour agir : surmonter les obstacles à l'apprentissage organisationnel*. (trad. G. Loudière). Paris, FR : InterÉditions
- Aristote. (980). *Métaphysique* (trad. 1879). Paris, France : Librairie Germer-Baillière et Cie.
- Ashsid. (2014). *Top 10 reasons why being doctor is a great person*. Repéré le 28 avril 2017 à <http://listdose.co/top-10-reasons-why-being-doctor-is-a-great-profession/>.
- Assemblée Nationale du Québec. (2014, 28 novembre). *Projet de loi n0.20 : loi édictant la loi*

favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée. Repéré à <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-20-41-1.html>.

Association Médicale Canadienne. (2010). *La santé des médecins, ça compte. Une Stratégie sur la santé mentale pour les médecins au Canada.* Repéré le 20 septembre 2017 à <https://www.cma.ca/sites/default/files/2018-11/nph-survey-f.pdf>

Association Nationale des Étudiants-es en Médecine de France. (2017, 13 juin). *Enquête sur la santé mentale des jeunes médecins.* Repéré à <https://www.anemf.org/blog/2017/06/13/enquete-sante-mentale-des-jeunes-medecins-2/>

Association des étudiants en médecine de France. (2013). *Conditions de travail et de formation des étudiants en médecine. Chiffres et ressentis.* Repéré le 20 mars 2018 à https://www.psychanalyse.com/pdf/Enquete_Condition_de_travail_des_etudiants_en_medecine.pdf.

Association Canadienne d'Éducation de Langue Française. (2006). *Cadre d'orientation en construction identitaire.* Repéré le 20 octobre 2018 à https://www.acelf.ca/c/fichiers/ACELF_Cadre-orientation.pdf

Astolfi, J.P. (1993). Trois paradigmes pour les recherches en didactique. *Revue française de pédagogie*, 103(1), 5-18.

Audétat, M.-C. et Laurin, S. (2010). Supervision du raisonnement clinique. Méthodes et outil pour soutenir et stimuler un raisonnement clinique efficace. *Canadian family physician*, 53(3), 294-296.

Avenir de l'Éducation médicale au Canada-Éducation Médicale Postdoctorale (AEMC-

- EMPo). (2016). *L'avenir de l'EMPo-un rapport sur les activités menées dans le du projet sur l'AEMC EMPo*. Repéré le 22 janvier 2017 à https://afmc.ca/future-of-medical-education-in-canada/postgraduate-project/phase2/pdf/PGME_intotheFuture-ReportFMECPGActivities_April2016_FR.pdf
- bachelor, A. et Joshi, P. (1986). *La méthode phénoménologique de recherche en psychologie*. Québec, Canada : Presses de l'Université Laval.
- Bandiera, G., Sherbino, J. et Frank, J. R. (2006). *Le guide des outils d'évaluation CanMEDS. Introduction aux méthodes d'évaluation des compétences CanMEDS*. Ottawa, Canada : Publications du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles, Belgique : Éditions de Boeck Université.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York, USA : Freeman.
- Bardière, Y. (2012). Situation réelle et situation simulée : les simulateurs Simefca et Esturgeon de la Marine Nationale. *Revue TF Refa*, 7, 223-237.
- Bardière, Y. (2012). Immersion fictionnelle et apprentissage des langues en contexte militaro-maritime. *Modèles linguistiques*, 65, 1-16.
- Barth, B.-M. (1985). Jérôme Bruner et l'innovation pédagogique. *Communication et langages*, 66, 46-58.
- Balleux, A. (2007). *Le récit phénoménologique : étape marquante dans l'analyse des données*. Repéré le 14 mai 2017 à <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/les-collections/hors-serie-les-actes/>.
- Barbier, J.-M. et Wittorski, R. (2015). La formation des adultes, lieu de recomposition.

- Revue française de pédagogie*, 190, 5-14.
- Barriault, L. (2016, janvier). *Entraîne ton cerveau! L'effet de l'activité physique sur le développement et la santé du cerveau*. Repéré à [Entraîne ton cerveau! L'effet de l'activité physique — RIRE \(ctreq.qc.ca\)](#)
- Barrows, H. S. (2000). *Problem-based learning applied to medical education*. Illinois, USA : Southern Illinois University School of Medicine.
- Béchar, J.-P. (2012). *Mieux comprendre l'apprentissage expérientiel*. Communication présentée à la journée de la pédagogie, Montréal, QC, 19 avril.
- Béguin, F. (2016, 2 juin). *En 2025, la France aura perdu un médecin généraliste sur quatre en vingt ans*. Repéré à https://www.lemonde.fr/sante/article/2016/06/02/le-manque-de-medecins-generalistes-s-accentue_4930689_1651302.html
- Békaert, J., Masclet, G., & Caron, R. (2012). Élaboration et validation de l'inventaire des facteurs de résilience (IFR-40). *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60(3), 176-182.
- Békaert, J., Masclet, G., & Caron, R. (2012). Validation de l'inventaire des facteurs de résilience (IFR-40). *Psychologie Française*, 57(1), 51-61.
- Belghiti, J., Bousser, M. G., Bricaire, F., Elias, D., Grimaldi, A., Lyon-Caen, O et Vernant, J.P. (2012, 12 avril). *Le secteur privé à l'hôpital public est un atout pour les médecins qui en usent*. Repéré à https://www.lemonde.fr/idees/article/2012/04/12/le-secteur-prive-a-l-hopital-public-est-un-atout-pour-les-medecins-qui-en-usent_1683923_3232.html
- Beauséjour, C. (2013). *Contribution de l'entretien motivationnel sur le changement de*

- comportement des clients d'un centre d'éducation pour la santé* (mémoire de maîtrise inédit). Université du Québec à Montréal.
- Bernadou, A. (1998). Savoir théorique et savoirs pratiques. L'exemple médical. Dans J.-M. Barbier (dir.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (pp.29-42). Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Bézille, H. et Courtois, B. (2006). *Penser la relation expérience-formation*. Lyon, FR : Chronique Sociale.
- Bézille-Lesquoy, H. (2003). *L'autodidacte. Entre pratiques et représentations sociales*. Paris, Fr : L'Harmattan.
- Bingham, W.V., & Moore, B.V. (1931). *How to interview*. New York, USA: Harper & Brothers.
- Beaucage, B. (1997). L'anxiété de performance. Ou la réussite à tout prix. *Bulletin du service d'orientation et de consultation psychologique*, 10(2), 1-2.
- Blanchet, A. et Gotman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris, France : Nathan.
- Blandard, G. (2017, 26 janvier). *Médecins en burn-out : un fléau qui nous concerne tous*. Repéré à <https://www.petalmd.com/blog/fr/medecins-en-burn-out-un-fleau-qui-nous-concerne-tous>
- Blondin, D. (2005). L'observation en situation en milieu scolaire : dépasser les contraintes, enrichir la recherche. *Recherches qualitatives*, 2, 18-37.
- Boucher, J.-P., Lajeunesse, J., Trudeau, J.-B., Aalamian, A., Deschênes, D., Girard, M.,

- Millette, B., Parent, P. et Rivard, C. (2016). *Une première ligne forte de l'expertise du médecin de famille*. Montréal, QC.
- Bourgeois, É., De Viron, F., Nils, F., Traversa, J. et Vertongen, G. (2009). Valeur, espérance de réussite, et formation d'adultes : pertinence du modèle d'*expectancy-value* en contexte de formation universitaire pour adultes. *Savoirs*, 2(20), 119-133.
- Bourgeois, É. et Durand, M. (2012). *Apprendre au travail*. Paris, France : PUF
- Bouteiller, M. et Cordonnier, D. (2013). *Contraintes à l'origine de la souffrance des internes en médecine : analyse par entretiens semi-dirigés* (thèse de doctorat en médecine inédite). Université Joseph Fourier, Grenoble, France.
- Boutillier, S. et Fournier, C. (2009). Travail collaboratif, réseau et communautés. Essai d'analyse à partir d'expériences singulières. *Marché et organisations*, 3(10), 29-57.
- Boutillier, B. (2004). *Vision des étudiants de PCEM et DCEM sur la médecine générale* (mémoire de médecine inédit). Université de Picardie.
- Bourdy, C., Gagné, É-R. et Montreuil, J-F., Primavesi, R. (2012). Les études médicales à l'heure des changements. *Le collège*, 52(2), 22.
- Bourgeois, E. (1998). Apprentissage, motivation et engagement en formation. *Éducation permanente*, 136, 101-109.
- Bourgeois, É. et Durand, M. (2012). *Apprendre au travail*. Paris, FR : Presses Universitaires de France.
- Bourque, J. (2016). EDU901 : *méthodes mixtes : particularités et distinction par rapport aux méthodes qualitatives et quantitatives*. Longueuil : Université de Sherbrooke, Faculté d'éducation.

- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American psychologist*, 36, 129-148.
- Breton, H. et Rossi, S. (2017). Récits de vie, réciprocity des savoirs et éducation thérapeutique du patient. *Médecine des maladies métaboliques*, 11(10), 1-4.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental psychology*, 22(6), 723-742.
- Brugier, M. (2012, 30 janvier). *Etudes de médecine : patience et motivation*. Repéré à <http://www.esprit-excellence.info/Etudes-de-medecine-patience-et.html>.
- Budowski, M. (2015). *Apprentissage coopératif et formations des médecins : entre le « formel » et « l'informel »*. *Expérimentation de trois dispositifs pédagogiques utilisés en sciences médicales* (Thèse de doctorat en éducation inédite), Université Paris-Est, France.
- Bureau de l'Ombudsman UQUAM. (n.p.). *Les modalités d'exercice de la fonction d'ombudsman*. Repéré le 5 mars 2017 à <https://ombudsman.uqam.ca/a-propos/mission.html>
- Camfomedics. (2014). *IMED*. Repéré le 4 mai 2016 à <https://www.camfomedics.org/uploads/documents/English%20-%20iMED-Camfomedics-Presentation.pdf>.
- Carr-Saunders, A.M. et Wilson, P.A. (1933). *The professions*. Oxford, UK : Clarendon Press.
- Carré, Ph., Moisan, A. et Poisson, D. (1997). *L'autoformation. Psychopédagogie, ingénierie, sociologie*. Paris, FR : Presses Universitaires de France.
- Carré, Ph. (1998). Motifs et dynamiques d'engagement en formation. Synthèse d'une étude qualitative de validation auprès de 61 adultes en formation professionnelle continue. *Education permanente*, 136, 119-131.

- Carré, Ph. (1997). L'autodirection en formation. Dans Ph. Carré, A. Moisan et D. Poisson (dir.), *L'autoformation* (pp.41-102). Paris, France : PUF.
- Caroly, S. et Clot, Y. (2004). Du travail collectif au collectif du travail : développer des stratégies d'expérience. *Formation Emploi*, 88, 43-55.
- Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail. (2018). *Horaires de journées prolongées : questions de santé et de sécurité*. Repéré le 11 janvier 2019 à <https://www.cchst.ca/oshanswers/ergonomics/workday.html>.
- Chanal, J. (2003). *La motivation en contexte d'apprentissage*. Repéré le 20 mars 2013 à http://www.staps.univavignon.fr/S6/UE1/Psychologie_sociale/Motivation_partie_4_Chanal.pdf
- Chabas, C. (2014, 10 octobre). *Les internes en médecine, « bouche-trous » de l'hôpital en crise*. Repéré à https://www.lemonde.fr/sante/article/2012/10/10/les-internes-en-medecine-bouche-trous-de-l-hopital-en-crise_1770230_1651302.html
- Charbonneau, J., Samson, G. et Rousseau, N. (2014). Rôle des superviseurs en milieu scolaire et des formateurs en entreprise dans le parcours de formation axée sur l'emploi. *Éducation et francophonie*, 42(1), 95-112.
- Charlot, B. (1999). *Du rapport au savoir. Éléments pour une théorie*. Paris, France : Ed Anthropos.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory : a practical guide through qualitative analysis*. London, UK : Sage Publications.
- Charlier, B. (1998). *Apprendre et changer sa pratique d'enseignement : expériences d'enseignants*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.

- Cintas, C., Cousineau, M. et Langlois, V. (2016). S'occuper de nos futurs médecins. Quand l'épuisement professionnel se fait sentir dès l'internat. *Revue Interdisciplinaire Management, Home et Entreprise*, 23, 27-46.
- Clénet, C. (2006). L'accompagnement de l'autoformation expérientielle. Dans H. Bézille et B. Courtois (dir.), *Penser la relation expérience-formation* (pp.113-127). Lyon, FR : Chronique Sociale.
- Clénet, C. (2002). *Accompagner l'autoformation en formation par alternance : une approche tridimensionnelle conduite par la réflexion sur l'expérience*. Repéré le 1^{er} avril 2017 à <http://llearning.free-h.net/A-GRAF/Symposia/textes/2002/BdxCClenet.htm>.
- Clermont, G., Bissonnette, S. et Richard, M. (2008). *Passez du paradigme d'enseignement au paradigme d'apprentissage. Les effets néfastes d'un slogan*. Repéré le 20 septembre 2016 à <https://pdfs.semanticscholar.org/37a0/48d286de6ef2da578171b61a03e74dea1bd4.pdf>
- Clot, Y. (2000). La formation par l'analyse du travail : pour une troisième voie. Dans B. Maggi (dir.), *Manières de penser, manières d'agir en éducation et en formation* (p.133-156). Paris, FR : PUF.
- Clot, Y. (2006). Clinique du travail et clinique de l'activité. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1, 165-177.
- Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris, FR : PUF.
- Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris, FR : La découverte.
- Clot, Y. (2014, 20 janvier). *En finir avec les risques psychosociaux*. Repéré à <https://www.youtube.com/watch?v=N6kRiG2gvWY>
- Clot, Y. (2014, 22 octobre). *Bien-faire au travail, une condition au bien-être au travail et à la*

- santé. Repéré à http://www.hopitaldugier.fr/fichiers_site/a2646int/contenu_pages/actes-clot.pdf
- Clot, Y. et Simonet, P. (2015). Pouvoirs d’agir et marges de manœuvre. *Revue le travail humain*, 78(1), 31-52.
- Clot, Y. et Caroly, S. (2004). Du travail collectif au collectif de travail : développer des stratégies d’expérience. *Formation emploi*, 88, 43-55.
- Coenen-Huther, J. (2003). Le problème de la preuve en recherche sociologique qualitative. *Revue européenne des sciences sociales*, 41(128), 62-74.
- Collin, S. et Karsenti, T. (2011). *Le portfolio électronique pour soutenir le développement professionnel des futurs enseignants : portrait théorique et pratique*. Repéré le 3 janvier 2017 à http://www.karsenti.ca/archives/5_Karsenti_Collin_ACTES-RECHERCHE-9-V1b.pdf.
- Cordonnier, D., Bouteiller, M., Chatelard, S., Imbert, P. et Gaboreau, Y. (2019). Contraintes et souffrances des internes en médecine générale. *Exercer*, 150, 74-79.
- Coleman, J.S. (1995). Experiential learning and information assimilation : towards an appropriate mix. Dans K. Warreb, M. Sakofs et J.S. Hunt (dir.), *The theory of experiential education* (pp.123-147). Dubuque, Canada: Kendall/Hunt Publishing Co.
- Combalbert, N. (2010). *La souffrance au travail. Comment agir sur les risques psychosociaux*. Paris, FR : Armand Colin.
- Connor, K.M. et Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale. *Depression and anxiety*, 18, 71-82.
- Cook, D. (2009). *Etude sur les enseignants cliniques des facultés de médecine au Canada*.

Un document de travail. repéré le 8 octobre 2018 à

<https://afmc.ca/pdf/Etude%20sur%20les%20enseignants%20cliniques%20-%20un%20document%20de%20travail%201.pdf>.

Couture, M. (2003). La recherche qualitative : introduction à la théorisation ancrée.

Interactions, 7(2), 127-134.

Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five approaches*. Los Angeles, USA: Sage

Cyrulnik, B. (2006). *Psychanalyse et résilience*. Paris : Éditions Odile Jacob.

Courtois, B. et Pineau, G. (1991). *La formation expérientielle des adultes*. Paris, FR : La documentation française, Collection Recherche en formation continue.

Crémière, M.L. (2014). *Stress chez les internes en médecine générale : une étude Qualitative* (Thèse de doctorat en médecine inédite), Université Paris Descartes, Paris, France.

Creswell, J. W. (2014). *Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Los angeles, USA : Sage Publications.

Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design : choosing among five approaches* (3^e éd.). Los angeles, USA : Sage Publications.

Cros, F. et Raisky, C. (2010). Autour des mots de la formation « référentiel. *Recherche et formation*, 64, 105-116.

Cross, P. K. (1981). *Adult as learners: increasing participation and facilitating learning*. San Francisco, USA : Josey Bass.

Cuzin, E. (2009). *Médecins dans l'industrie. Une rareté très prisée*. Repéré le 2 janvier 2018 à http://w.pharmaceutiques.com/phq/mag/pdf/phq169_244_metiers.pdf

- Cyrot, P. (2010). Aux racines de l'autoformation : l'autodidaxie. In Carré, Ph., Moisan, A. et Poisson, D (dir.), *L'autoformation. Perspectives de recherches* (PP.79-116). Paris, France : PUF.
- Cyrulnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris, FR : Éditions Odile Jacob.
- Dahine, J. (2015). Le suicide : pas une solution. *Le bulletin*, 37(2), 4-5.
- Décarie, M.-C. (2010). *Étude de la relation entre l'engagement organisationnel et la détresse psychologique chez les travailleurs et les travailleuses* (mémoire de maîtrise en éducation inédite). Université de Montréal, Québec.
- De Gaulejac, V., Hanique, F. et Roche, P. (2012). *La sociologie clinique. Enjeux théoriques et méthodologiques*. Paris, FR : Ères.
- De Gialdino, I. V. (2009). Itinéraires « dans » et « depuis » les situations de pauvreté : une proposition d'analyse sociologico-linguistique de la narration. *Recherches qualitatives*, 28(1), 8-36.
- Dejours, C. (2016). *Situations du travail*. Paris, France : PUF.
- Dejours, C. et Bègue, F. (2009). *Suicide au travail : que faire ?* Paris, France : PUF
- Delory-Momberger, C. (2009). Enjeux et paradoxes de la « société biographique ». In G. Pineau (dir.), *Le biographique, la réflexivité et les temporalités* (pp.75-85). Paris, France : l'Harmattan.
- Delory-Momberger, C. (2004). *Les histoires de vie, de l'Invention de soi au projet de formation*. Paris, France : éditions Economica
- Delory-Momberger, C. (2003). *Biographie et éducation : figures de l'individu-projet*. Paris, France : Éditions Économica.

- Delluc, G. (2016). *Paléopathologie paléolithique. Les maladies de l'homme préhistorique*.
Repéré le 31 janvier 2017 à <https://www.hominides.com/html/references/paleopathologie-paleolithique-0434.php>
- Demailly, L. (2001). La rationalisation du traitement social de l'expérience professionnelle.
Revue des sciences de l'éducation, 27(3), 523-542.
- Demazière, D. (2009). « Postface ». Professionnalisations problématiques et problématiques de la professionnalisation. *Formation et emploi*, 108, 83-90.
- Demazière, D. (2014). Professionnalisme. In A. Jorro (dir.), *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (p.237-240). Bruxelles, BEL : De Boeck.
- Demers, S., Bachand, C.-A. et Leblanc, C. (2016). Les approches inductives au service de l'agentivité épistémique et des finalités éducatives émancipatoires. *Approches inductives*, 3(2), 41-70.
- Deneuve, R. (2017). Étudiants en médecine en difficulté : besoins, modalités de détection et de mise en œuvre de l'aide (Thèse de doctorat en médecine inédite). Université de Rouen.
- De Sarban, J.P. O. (2008). *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-La-Neuve, Belgique: Bruylant-Academia.
- Descartes, R. (1637). *Discours de la méthode. Suivi d'extrait de la dioptrie, des méthodes, de la vie de Descartes par Baillet, du monde, de l'homme et de lettres*. Paris, France : Flammarion.
- Descary, P. (2015). *Soutien aux résidents en difficulté*. Repéré le 25 janvier 2017 à https://ombudsman.umontreal.ca/fileadmin/ombudsman/Documents/Rapport_special_ombudsman_UMontreal_Medecine_PD_2015_protege.pdf.

- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative. Guide pratique*. Montréal, QC : McGraw-Hill.
- Deslauriers, J.-P. et Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. Dans J. Poupart et J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx et al (Dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp.85-112). Montréal, Québec, Canada : Gaétan Morin éditeur.
- Després, L. (2016). La construction et l'appropriation de l'identité professionnelle des diplômés en sexologie au Québec (mémoire de maîtrise inédite). Université du Québec à Montréal.
- Develay, M. (2007). Régulation et sens. Dans L. Allal et L. M. Lopez (dir.), *Régulation des apprentissages en situation scolaire et en formation* (pp.235-246). Bruxelles, Belgique : De Boeck supérieur.
- Dewey, J. (1938). *Experience and Education*. New York, USA: Kappa Delta Pi.
- Dewey, J. (1931). *Les écoles de demain* (trad. R. Duthil). Paris, FR : Flammarion.
- Dewey, J. (1916). *Democracy and education. An introduction to the philosophy of education*. New-York, USA: The free press.
- Dewey, J. (1897). My pedagogic creed. *The school Journal*, 54(3), 77-80.
- Dimermanas, D. (2016, 5 octobre). *Le recrutement des médecins en France : entre abondance et pénurie*. Repéré à https://www.huffingtonpost.fr/daniel-dimermanas/le-recrutement-des-medecins-en-france_b_8482922.html#:~:text=LifeCultureVID%C3%89OS-.Le%20recrutement%20des%20m%C3%A9decins%20en%20France%3A%20entre%20abondance%20et%20p%C3%A9nurie,en%20deuxi%C3%A8me%20ann%C3%A9e%20de%20m%C3%A9decine.
- Direction de l'information légale et administrative. (2017, 27 avril). *Impôt sur le revenu : revenu*

pour dons à des organismes d'intérêt général. Repéré à <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F426>

Direction des services aux étudiants-es. Centre d'aide aux étudiants-es. (2016). *Le TDAH :*

définition, traitements et ressources universitaires. Repéré à <https://www.aide.ulaval.ca/apprentissage-et-reussite/textes-et-outils/difficultes-frequentes-en-cours-d-apprentissage/le-tdah-definition-traitements-et-ressources-universitaires/>

D'Jeranian, O. et Malinge, Y. (2017). Présentation : rationalité pratique et motivation

morale dans les éthiques de la vertu. *Philonsorbonne*, 11, 137-140.

Dubar, C. (1992). Formes identitaires et socialisation professionnelle. *Revue française de Sociologie*, 33(33-4), 509-529.

Dubar, C. (2006). Le pluralisme en sociologie : fondements, limites et enjeux. *Revue de sociologie française*, 1, 1-16.

Dubar, C. (2001). La construction sociale de l'insertion professionnelle. *Education et sociétés*, 7, 23-36.

Dubar, C. (2015). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles* (1^{re} éd., 1991). Paris, France : Armand Colin.

Duchaine, G. (2012, 13 juillet). *Médecine : des étudiants en détresse.* Repéré à

<https://www.lapresse.ca/actualites/education/201206/12/01-4534313-medecine-des-etudiants-en-detresse.php>

Duchaine, H. (2017, 8 juillet). *Gaétan Barrette coupe le nombre de futurs médecins.* repéré à

<https://www.tvanouvelles.ca/2017/07/08/gaetan-barrette-coupe-le-nombre-de-futurs-medecins-1>

Dumazedier, J. (2002). *Penser l'autoformation. Société d'aujourd'hui et pratiques d'autoformation*. Lyon, FR : Chronique Sociale.

Dumazedier, J. (2002). Autoformation, pourquoi aujourd'hui? Dans A. Moisan et Ph. Carré (dir.), *L'autoformation, fait social? Aspects historiques et sociologiques* (pp.47-63). Paris, France : L'Harmattan.

Dumont, V. (2010). Du débat sur la place des logiciels dans l'analyse de données qualitatives. *Recherches qualitatives*, 9, 1-14.

Dumouchel, G. et Karsenti, T. (2013). Les compétences informationnelles relatives au web des futurs enseignants québécois et leur préparation à les enseigner : résultats d'une enquête. *Éducation et francophonie*, 41(1), 7-29.

Darkenwald, G.G. et Merriam, M. S.B. (1982). *Adult education: foundations of practice*. New-York, USA : Harper & Row publishers.

Duquette, A., Kérouac, S., Sand, K. B., Saulnier, P. et Lachance, L. (1997). Validation d'un modèle de déterminants psychosociaux de la santé au travail de l'infirmière en gériatrie. *Santé mentale au Québec*, 22(2), 257-278.

Durand, M. (2012). Travailler et apprendre : vers une approche de l'activité. Dans É. Bourgeois et M. Durand (dir.), *apprendre au travail* (pp.15-32). Paris, FR : PUF.

Durkheim, É. (1922, éd. De 1982). *Éducation et sociologie*. Paris, FR : PUF.

Duvergé, A.H. et Sacré, K. (2013). *Perception de la collaboration médecin-infirmier : état des*

lieux dans différents hôpitaux parisiens et évaluation de l'intérêt d'un enseignement sur le sujet (Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme Interuniversitaire de Pédagogie Médicale), Universités Paris Descartes, Pierre et Marie Curie, Paris Sud et Paris Est Créteil, Paris, FR.

Ehrenberg, A. (1991). *Le culte de la performance*. Paris, France : Hachette Littérature,

Faculté de Médecine de l'Université de McGill. (2017). *Études médicales de premier cycle*.

Repéré le 23 janvier 2017 à [https://www.mcgill.ca/medicine/fr/education/enseignement-medical-de-1^{er}-cycle](https://www.mcgill.ca/medicine/fr/education/enseignement-medical-de-1er-cycle).

Faculté de médecine de Paris Descartes. (2016). *Les études*. Repéré le 6 octobre 2016 à

http://www.medecine.parisdescartes.fr/?page_id=27131.

Faculté de médecine de l'Université de Montréal. (2016). *Études médicales postdoctorales*.

Repéré le 1 mai 2017 à <https://medecine.umontreal.ca/etudes/etudes-medicales-postdoctorales/>.

Favereau, E. (2018, 29 janvier). *Suicides, morts inexpliqués : malaise parmi les internes*.

Repéré à https://www.liberation.fr/france/2018/01/29/suicides-morts-inexpliquees-malaise-parmi-les-internes_1625894

Ferret, O., Grau, B., Minel, J.-L. et Porhiel, S. (2001, 2-5 janvier). *Repérage de structures*

thématiques dans des textes. Repéré à https://perso.limsi.fr/bg/fichiers/TALN2001_Ferretal-texte.pdf

Foucault, M. (1994). L'herméneutique du sujet. In *Annuaire du Collège de France, 82^e année*,

Histoire des systèmes de pensée, année 1981-1982 (pp.353-365). Paris, France : Gallimard.

Fédération des Médecins résidents du Québec. (2014). *Préjugés, tabous et stigmatisation. Des*

- défis pour la santé et le bien-être des médecins résidents*. Repéré le 26 janvier 2017 à <http://www.fmrq.qc.ca/files/documents/2b/48/bulletin-fmrq-hiver-2014.pdf>.
- Ferland, J.-J. (1987). *Les grandes questions de la pédagogie médicale. Perspective nord-américaine*. Québec, Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Finger, M. (1984). *Biographie et herméneutique : les aspects épistémologiques et méthodologiques de la méthode biographique*. Montréal, QC : Université de Montréal, Faculté de l'éducation permanente.
- Finger, M. (1989). Apprentissage expérientiel ou formation par les expériences de vie. *Éducation permanente*, 100-101, 39-46.
- FMRQ. (2013). *Énoncé de position sur la santé et le bien-être des médecins résidents*. Repéré le 30 décembre 2018 à <http://fmrq.qc.ca/files/documents/4n/06/nonc-de-position.pdf>
- Forgas, J. P. et Bower, H. H. (1987). Mood effects on person-perception judgements. *Journal of personality and social psychology*, 53(1), 53-60.
- Fontaine, A. (2009). *Sociologie des professions*. Repéré le 10 décembre 2015 à <http://www.cours-ifcs-brunopoupin.wifeo.com/documents/sociologie-des-Professions-sale-boulot.pdf>
- Fortin, R. (2005). *Comprendre la complexité. Introduction à la méthode d'Edgar Morin*. Québec, Québec : Presses de l'Université Laval
- François, P.-H. (2002). Représentations des compétences et autoformation, une approche sociale cognitive. Dans Ph. Carré et A. Moisan (dir.), *La formation autodirigée. Aspects psychologiques et pédagogiques (pp.33-67)*. Paris, Fr : L'Harmattan.
- Frank, J.R., Linda, S., Sherbino J. et Boucher, A. (2015). *Référentiel de compétences CanMeds*

2015 pour les médecins. Repéré le 30 juillet 2019 à

http://canmeds.royalcollege.ca/uploads/fr/cadre/CanMEDS%202015%20Framework_FR_Reduced.pdf

Friedberg, E. (2013). Michel Crozier (1922-2013) : un passeur, mais surtout un innovateur.

Revue française de sociologie, 54(3), 1-4.

Fredrickson, B. L., & Joiner, T., 2002. Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, 13, 172–175

Gagnon, C., Mazalon, É. et Rousseau, A. (2010). Fondements et pratique de l’alternance en formation à l’enseignement professionnel : quelques données de recherches autour de l’élaboration et de la mise en œuvre à l’Université de Sherbrooke. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 13(1), 21-41.

Gallagher, F., Tribble, D., Vanasse, A., Doré, C., Fortin, M. et Archambault, J. (2010). La discussion de cas infirmière médecin, une pratique essentielle en première ligne. *L’infirmière clinicienne*, 7(2), 1-6.

Galam, É. et Multon, R. (2016). Désaccords entre internes de médecine générale et seniors sur les soins aux patients. Gestion et impacts sur le hidden curriculum. Étude qualitative de 37 situations en Île-de-France. *La presse médicale*, 45(83), 39-50.

Galvani, P. (1997). *Quête de sens et formation : anthropologie du blason et de l’autoformation*. Paris, France : L’Harmattan.

Garnier, E. (2010). *Dépression chez les étudiants en médecine. L’impression de stigmatisation :*

- distorsion cognitive ou réalité*. Repéré le 30 août 2018 à https://fmoq-legacy.s3.amazonaws.com/fr/Le%20Medecin%20du%20Quebec/Archives/2010%20-%202019/2010/MQ-11-2010/001-124Syndi1110_v2.pdf
- Ghiglione R. et B. Matalon. 1991. *Les enquêtes sociologiques*. Paris : Armand Colin.
- Glaser, B. G. et Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago, USA: Aldine Transaction.
- Gauthier, C; Bissonnette, S. et Richard, M. (2008). Passer du paradigme de l'enseignement au paradigme de l'apprentissage. Les effets néfastes d'un slogan! In Abdeljalil Akkari et M'hamed Mellouki (dir.), *La recherche au service de la formation des enseignants*. Actes de la recherche de la HEP-BEJUNE 2008 (pp.239-271). Bejune, Suisse : HEP.
- Gay, B. et Beaulieu, M.-D. (2004). La médecine basée sur les données probantes ou médecine fondée sur des niveaux de preuve : de la pratique à l'enseignement. *Pédagogie médicale*, 5(3), 171-183.
- Giordan, A., Favre, D. et Tarpinian, A. (2013). L'erreur en pédagogie. Repéré le 5 août 2018 à http://www.ecolechangerdecap.net/IMG/pdf/dossier_erreur.pdf.
- Giorgi, A. (1975). An application of phenomenological method. In Giorgi, A., Fisher, C et Murray, Y. (éd.); *Duquesne Studies in phenomenological psychology* (pp.82-103). Pittsburgh, Pennsylvania, USA: Duquesne University, Press. Vol. II.
- Girard, C. (2016). *La réforme Barrette un an plus tard*. Repéré le 8 octobre 2016 à http://www.edu.upmc.fr/medecine/pedagogie/memoire/Memoires%2013/Memoire%20Dr_s_HadchouelL_Sacre.pdf.
- Glaser, B. G. et Strauss, A. L. (1965). *Discovery the grounded theory*. London, UK: Adline

transaction.

- Glaserfeld, E.V. (2004). Pourquoi le constructivisme doit-il être radical? In P. Jonnaert et D. Masciotra (eds.), *Constructivisme, choix contemporains, hommage à Ernst Von Glaserfeld* (pp.145-154). Sainte-Foy, Québec, Canada : Presses de l'Université de Québec.
- Grimaldi, A. (2014). Patient expert ou patient ressource? *Correspondances en métabolismes hormones diabètes et nutrition*, 28(10), 273.
- Goudray, M.-A. et Gay, C. (2009). *Le défi des compétences. Comprendre et mettre en œuvre la réforme des études infirmières*. Paris, France : Elsevier Masson.
- Gugliemino, L. (1977). *Development of the self-directed learning readiness scale* (Doctoral Dissertation). Athens, university of Georgia.
- Goffman, E. (1974). *Les cadres de l'expérience*. Paris, FR : Les Éditions de Minuit.
- Goudreau, J., et Lalande, R. (2010, mai). *L'indispensable collaboration infirmière-médecin*. Communication présentée au Colloque du Conseil International des Infirmières, Montréal, Québec.
- Goulet, D. (1998). La structuration de la pratique médicale. Dans N. Séguin (dir.), *L'institution médicale* (pp.117-140). Laval, QC : Les Presses de l'Université Laval.
- Goulet, D. (1997). *Histoire du Collège des médecins du Québec, 1847-1997*. Montréal, Québec : Collège des médecins du Québec.
- Goussot, A. (2014). *Pédagogie et résilience*. Paris, France : L'Harmattan
- Grangeat, M. (2008). *Le travail collectif enseignant — Définition et démarche d'étude*.

- Comprendre l'activité professionnelle pour concevoir la recherche et la formation* (Habilitation à Diriger les Recherches en éducation). Université Pierre-Mendès-France, Grenoble, FR.
- Grégoire, G., Gagné, É.-R., Montreuil, J.-F. et Cummings, B.-A. (2016, 28 octobre). *L'approche par compétences*. Repéré à <http://www.cmq.org/nouvelle/fr/apprentissage-en-proche-par-competences.aspx>.
- Grevier, M. G. (2012). Vers une meilleure compréhension du rôle du soutien social à la suite d'un événement traumatique. *Mammouth magazine*, 12, 3-4.
- Grichy, L. et Delanoy, N. (2015, 14 décembre). *Dépression des internes : on en connaît tous un qui s'est suicidé. On devait agir*. Repéré à <http://leplus.nouvelobs.com/contribution/1460305-depression-des-internes-on-en-connaît-tous-un-qui-s'est-suicide-on-devait-agir.html>Document
- Guichard, J. et Huteau, M. (2006). *Psychologie de l'orientation*. Paris, FR : Dunod.
- Guichard, J. (2004). Se faire soi. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 33(4), 1-33.
- Guichard, J. et Huteau, M. (2005). *L'orientation scolaire et professionnelle*. Paris, France : Dunod.
- Habermas, J. (1981). *Théorie de l'agir communicationnel. Tome I, Rationalité de l'agir et rationalisation de la société* (trad. Jean-Marc Ferry). Paris, France : Fayard.
- Habermas, J. (1987). *Théorie de l'agir communicationnel* (T. A. McCarthy, trad.). Paris, France : Fayard. (Ouvrage original publié 1981 en allemand sous le nom de J. Habermas sous le titre *Theorie des kommunikativen Handelns*, (Bd.1 un 2) Suhrkamp : Frankfurt).
- Heidegger, M. (1990). *Être et temps* (F. Vezin, trad.), Paris, France: Gallimard. (Ouvrage original publié en 1927

- en allemand sous le nom de M. Heidegger sous le titre *Sein und Zeit*, Halle, Allemagne : Max Niemeyer).
- Houssaye, J. (1994). Quinze pédagogues, leur influence aujourd'hui. *Revue française de pédagogie*, 109, 152-155.
- Haineault, D.-L. (2006). *Fusion mère-fille. S'en sortir ou y laisser sa peau*. Paris, France : PUF.
- Hecketsweiler, Ph. (2010). *Histoire de la médecine*. Paris, FR : Ellipses.
- Haroun, T. (2005, 17 septembre). *Formation-ils seront 3000 nouveaux en 2015. Certains médecins résidents seraient en « burn-out », d'autres en état de dépression*. Repéré à <https://www.ledevoir.com/societe/sante/90350/formation-ils-seront-3000-nouveaux-en-2015>
- Haynes, R.B., Devereaux, P.J. et Guyatt, G.H. (2002). Physicians' and patients' choices in evidence-based practice. *NMJ*, 324 (7350), 1350.
- Heidegger, M. (1970). Lettre sur l'humanisme (R.Munier, trad.). Paris, France : Éditions Aubier-Montaigne. (Ouvrage original publié en 1947 sous le nom de M. Heidegger sous le titre *Ueber den Humanismus*, Frankfurt, Deutschland.).
- Hirtt, N. (2009). L'approche par compétences : une mystification pédagogique. *Revue école démocratique*, 39, 1-34.
- Houde, R. (1996). *Le mentor. Transmettre un savoir-être*. Paris, FR : Hommes et perspectives.
- Houssaye, J. (2000). *Le triangle pédagogique. Théorie et pratiques de l'éducation scolaire (1^{re} éd. 1998)*. Paris, France : Peter Lang.
- Husserl, E. (1947). *Méditations cartésiennes. Introduction à la phénoménologie* (2^e éd.). Paris,

FR :

Husserl, E. (1929). *Méditations cartésiennes. Introduction à la phénoménologie* (2^e éd.).

Paris, France : Vrin.

Intersyndicale Nationale des Internes. (2017, 20 novembre). *Hey doc. Les études médicales sont-elles vraiment sexistes?* Repéré à

<https://veilletravail.anact.fr/osiros/result/notice.php?queryosiros=id:96747&referer=/produits-documentaires/les-violences-sexistes-et-sexuelles-au-travail>

Jacob, C. (2012). *Recours à l'apprentissage expérientiel dans la transformation de la pratique médicale de six professionnels dans le contexte de la pandémie du VIH-SIDA*. Thèse de doctorat en éducation, Université du Québec à Montréal, Montréal, QC.

Jézégou, A. (2014). L'agentivité humaine : un moteur essentiel pour l'élaboration d'un environnement d'apprentissage. *Revue Sticef*, 21, 269-286.

Johns, C. (2010). *Guided reflection: a narrative approach to advancing professional practice*. Hoboken, NJ, USA : Wiley-Blackwell

Jedliczka, D. et Delahaye, G. (1994). *Compétences et alternances*. Paris, France : Éditions Liaisons.

Jacob, C. G.A. (2012). *Recours à l'apprentissage expérientiel dans la transformation de la pratique médicale de six professionnels dans le contexte de la pandémie du VIH-SIDA* (thèse de doctorat en éducation). Université du Québec à Montréal, Québec, Canada.

Jensen, A. (1962). Extraversion, névrotisme et apprentissage. *Acta psychologica*, 20, 69-77.

Joule, R.V. et Beauvois, J.L. (1998). *La soumission librement consentie*. Paris, France : PUF.

Jourdan-Ionescu, C., Ionescu, S., Bouteyre, E., Roth, M., Méthot, L., & Vasile, D. (2011).

Résilience assistée et événements survenants au cours de l'enfance : maltraitance, maladie, divorce, décès des parents, et troubles psychiatriques des parents. Dans S. Ionescu (Éd.), *Traité de résilience assistée* (pp. 155-246). Paris : Presses universitaires de France.

Jonnaert, Ph., Moussadak, E., Defise, R. (2009). *Curriculum et compétences. Un cadre opérationnel*. Bruxelles, BEL : De Boeck Université.

Jorro, A. (2014). *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*. Bruxelles, BEL : De Boeck.

Jouquan, J. et Bail, Ph. (2003). À quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage? Exemple d'une révision curriculaire conduite en résidanat de médecine générale. *Pédagogie médicale*, 4, 163-175.

Joule, R. V. et Beauvois, J.L. (1998). *La soumission librement consentie : comment amener les gens à faire librement ce qu'ils doivent faire ?* Paris, FR : PUF.

Kamgang, Tchandem, A.C. (2018, 27 février). *Tous épuisés, infirmiers comme médecins résidents : le système de santé québécois à l'agonie?* Repéré à <https://www.rcinet.ca/fr/2018/02/27/tous-epuises-infirmiers-comme-medecins-residents-le-systeme-de-sante-quebecois-a-lagonie%E2%80%89>

Kant, E. (1785). *Anthropologie du point de vue pragmatique* (M. Foucault, trad.). Paris, France : Librairie philosophique J. Vrin. (Ouvrage original publié en 1785 sous le nom Emmanuel Kant sous le titre *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht*. Reclams Universal-Bibliothek Nr. 7541 [4], S. 369–370.).

Karsenti, T. & Collin, S. (2011). Les Formations ouvertes à distance (FOAD) : quelle

contribution au développement de professionnels qualifiés en Afrique ?. *Question vives, recherches en éducation*, 7(14), 71-87

Karsenti Thierry, Collin Simon, Dumouchel Gabriel. (2012). L'usage intensif des technologies en classe favorise-t-il la réussite scolaire ? Le cas d'un regroupement d'écoles du Québec (Canada) où chaque élève a son ordinateur portable. Dans S.Boechat Herr & B.Wentzel (dir). *Génération connectée : quels enjeux pour l'école ?*. (pp.109-124). Bienne, Suisse: HEP-BEJEUNE. [Formation],

Karsenti, T. et Larose, F. (Eds.). (2001). *Les TIC... au cœur des pédagogies universitaires*. Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.

Karsenti, T. et Colin, S. (2012). *Le portfolio électronique en formation initiale des enseignants*.

Repéré le 30 mai 2015 à

https://doc.rero.ch/record/234610/files/DC_ActesRecherche_9_Entre_innovation_et_reforma_dans_la_formation_des_enseignants_82_95.pdf

Kaufman, D. M. (2002). L'éducation centrée sur l'enseignant ou centrée sur l'apprenant : une fausse dichotomie. *Pédagogie médicale*, 3(3), 145-147.

Knowles, M. S. (1975). *Self-directed learning: a guide for learners and teachers*.

Pennsylvania, USA: Cambridge Adult Education

Koch, N. (2019). L'importance du rapport Flexner pour la formation médicale. *Bulletin des médecins suisses*, 100(1-2), 24-27.

Kiesler, C.A. (1971). *The psychology of commitment*. New-York, USA: Academic Press

Kimessoukié Omolomo, É. (2016). *Variabilité et modélisation phénoménologique de la*

- résilience chez les femmes camerounaises confrontées à une forte adversité* (thèse de doctorat en psychologie). Université de Trois-Rivières, Québec : Canada.
- Kirschner, P., Sweller, J. and Clark, R. (2006). Why minimal guidance during instruction does not work : an analysis of the failure of constructivist, discovery, problem-based, experiential, and inquiry based teaching. *Educational psychologist*, 41, 75-86.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development* Englewood Cliffs, NJ, USA: Prentice-Hall.
- Kron, B. (2014, 3 janvier). *Crise de l'hôpital et du système de soins : un état de lieux*. Repéré à <https://www.contrepoints.org/2014/01/03/152082-crise-de-lhopital-et-du-systeme-de-soins-un-etat-des-lieux>
- Lachance, N. (2017, 9 janvier). *Des résidents en médecine traités comme « des esclaves »*. repéré à <https://www.journaldequebec.com/2017/01/09/traites-comme-des-esclaves>
- Lacombe, K. (2015, mars). *Population d'étude et critères de jugement en recherche clinique*. Communication présentée au 4^e cours de recherche clinique Afrivih-Resapsi. Grand Bassam, CI.
- Lacourse, F. (2008). Les routines professionnelles en formation initiale. *Recherche et formation*, 59, 141-154.
- Lacoursière, A. (2016, 18 juin). *Nouvelles compressions de 242 millions en santé*. Repéré à https://plus.lapresse.ca/screens/0d6173c5-272d-43b2-b342e31827fe0643_7C_0.html.
- Lalande, C. et Crête, J. (2015). La recherche qualitative : un instrument favorisant la prise de pouvoir et la reconnaissance des intervenant France s-chercheur Frances. *Recherches qualitatives*, 17, 26-41.

Lambert-Chan, M. (2013). *Une nouvelle étude examine les liens entre le sommeil, l'alimentation et l'humeur*. Repéré le 26 janvier 2017 à <http://nouvelles.umontreal.ca/article/2013/06/03/une-nouvelle-etude-examine-les-liens-entre-le-sommeil-lalimentation-et-lhumeur/>.

Lani-Bayle, M., Pineau, G. et Schmutz-Brun, C. (2012). *Histoires de nuits au cours de la vie*. Paris, FR : l'Harmattan.

Lacasse, M., Théorêt, J., Skalenda, P. et Lee, S. (2012). Situations d'apprentissage problématique en éducation médicale. Outils novateurs et structurés pour l'évaluation, le diagnostic pédagogique et les interventions. Partie 2 : examen objectif, diagnostic et plan. *Canadian family physician*, 58(7), 418-420.

Lacasse, M., Audétat, M-C., Boileau, É., Fon, N.C., Dufour, M-H., Laferrière, M-C., Lafleur, A., La Rue, É., Lee, S., Nendaz, M., Raynard, E.P., Simard, C., Steinert, Y., Théorêt, J. (2018, 19 décembre). *Difficultés de cheminement chez les étudiants et résidents en médecine*. Repéré à <https://www.fmed.ulaval.ca/faculte-et-reseau/a-surveiller/nouvelles/detail-dune-nouvelle/difficultes-de-cheminement-chez-les-etudiants-et-residents-en-medecine/>

Landry, P. (2005). Retour sur le cycle de Kolb. Repéré le 20 août 2017 à <http://www.google.ca/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi-2-T9lNrrAhWvoXIEHRXED7EQFjALegQIAxAB&url=http%3A%2F%2Flllearning.free-h.net%2FA-GRAF%2FTextes%2FRetour%2520sur%2520le%2520Cycle%2520de%2520Kolb.doc&usg=AOvVaw2a2wMDfCmwG7nRA14Q9DxJ>.

- Laperrière, A. (1997). La théorisation ancrée (grounded theory) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. In J. Pourpart et Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives (dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p.309-333). Boucherville, QC : Canada.
- Las Vergnas, O. (2009). Construction du savoir expérientiel des malades, et rapport aux savoirs des adultes non scientifiques. *Recherches en communication*, 32, 13-33.
- Larue, C. (2007). Les stratégies d'apprentissage d'étudiants durant le travail de groupe dans un curriculum centré sur la résolution de problèmes. *Revue des sciences de l'éducation*, 33(2), 467-488.
- Lauzier, M., Barrette, J., Lemyre, L. et Corneil, W. (2013). Validation francophone de l'inventaire des facilitateurs de l'apprentissage organisationnel (IFAO) : étude comparative de l'apprentissage perçu au niveau des individus, des groupes et de l'organisation. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 6(63), 353-362.
- Le Chuiton, V., Gross, T. et Merlet, A. (2018). Comment apprendre aujourd'hui ? Témoignages réflexifs d'apprenants. *Éducation permanente*, 215, 21-30.
- Laveault, D. (2007). De la « régulation » au « réglage » : élaboration d'un modèle d'autoévaluation des apprentissages. Dans Allal, L. et Lopez, L. M. (dir.), *Régulation des apprentissages en situation scolaire et en formation* (pp.207-234). Bruxelles, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Le Boterf, G. (2002). De quel concept de compétence avons-nous besoin ? Dans les compétences, de l'individuel au collectif. *Soins-cadres*, 41, 20-22.
- Lechaux, P. (2016). L'alternance en formation : le travail silencieux de l'activité de

- reliance des « alternants » dans le cadre d'un dispositif de formation mobilisateur. *Phronesis*, 5(1), 38-49.
- Lebel, C., Van Nieuwenhoven, C., Colognesi, S. et Bélair, L.M. (2019). Le travail d'accompagnement des formateurs de stagiaires dans l'enseignement supérieur : perspectives compréhensives et modalités de mise en place. *Phronesis*, 8(1-2), 1-4.
- Legault, L. (2012). Une valeur sûre : le soutien social! *Objectif prévention*, 35(2), 25.
- Lévy, P. (2005). Collective intelligence, a civilization : towards a method of positive interpretation. *International journal of politics, culture and society*, 18(3), 189-198.
- Levy, P. (2001). *Cyberculture*. Minnesota, USA : Presses de l'Université du Minnesota
- Lemaître, D. (2007). *Mobilisations de la forme « problème » dans les pédagogies de l'enseignement supérieur*. Strasbourg : colloque de l'Aref. Repéré le 5 août 2018 à http://www.congresintaref.org/actes_pdf/AREF2007_Denis_LEMAITRE_466.pdf.
- Lemieux, C. (2017). 40 % des médecins au Québec disent avoir été intimidés. Repéré à <http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1009755/residences-medecins-quebec-intimidation>.
- Leplat, J. (2000). *L'analyse psychologique de l'activité en ergonomie*. Toulouse, FR : Octarès
- Lévi-Strauss, C. (1983). *Le regard éloigné*. Paris, FR : Plon.
- Lindeman, E. (1926). *The meaning of adult education*. New York, USA): New Republic.
- Long, S. (2020, 18 janvier). « Victime d'un système qui m'a broyée », un interne appelle à libérer la parole à l'hôpital. Repéré à <https://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/la-sante-des-etudiants/victime-dun-systeme-qui-ma-broyee-une-interne-appelle-liberer-la-parole-lhopital>.

- Loriol, M. (2006, 1^{er} février). *Autonomie, reconnaissance et stress*. Repéré à <https://www.revue-projet.com/articles/2006-2-autonomie-reconnaissance-et-stress/>
- Mahood, S.C. (2011). Formation médicale. Prenez garde au curriculum caché. *Canadian family physician*, 57(9), 313-315
- Marchesseau, P. (2019). « *Dire ou ne pas dire sa souffrance : le cas des médecins et des infirmiers* » (mémoire de maîtrise en sciences de l'éducation), Université Catholique de l'Ouest, France.
- Martel, L. (2007). La reconnaissance des acquis pour l'enseignant du collégial : un moyen de soutenir son développement professionnel. *Pédagogie collégiale*, 20(2), 23-29.
- Maubant, Ph. (2013). Alternance. Dans A. Jorro (dir.), *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (pp.29-32). De Boeck Université, Belgique.
- Maubant, ph. (2007). Penser l'alternance comme logique de professionnalisation des enseignants. Dans F. Merhan, C. Ronveaux et S. Vanhulle (dir.), *Alternances en formation* (pp.67-82). Bruxelles, Belgique : De Boeck supérieur.
- Mayen, P. (2018, 17 avril). *Conditions et processus d'apprentissage en milieu de travail. apprendre de, par et avec les autres, épisode 2 : trois fonctions formatives pour ceux qui jouent un rôle de tuteurs*. Repéré à <https://epale.ec.europa.eu/fr/blog/conditions-et-processus-dapprentissage-en-milieu-de-travail-apprendre-de-par-et-avec-les-autres>
- Maubant Ph. et Roger, L. (2010). *De nouvelles configurations éducatives*. Québec, Canada : Presses Universitaires du Québec.
- Maubant, P. (2013). *Apprendre en situations. Un analyseur de la professionnalisation dans les*

- métiers adressés à autrui*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Maubant, P. et Roger, L. (2012). Les métiers de l'éducation et de la formation : une professionnalisation en tensions. *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur*, 28 (1), 1-16.
- Maubant, Ph. Et Roger, L. (2014). L'alternance en formation, une figure de la pédagogie. *Éducation et francophonie*, 42(1), 10-21.
- Maubant, Ph. (2016). L'alternance, un concept à étudier à la lumière des conceptions éducatives et des idées pédagogiques de l'Éducation nouvelle. *Phronesis*, 5(2), 35-47.
- Marquet, P. (2011). E-learning et conflit instrumental. *Recherche et formation*, 68, 31-46.
- Mahood, S.C. (2011). Formation médicale. Prenez garde au curriculum caché. *Canadian family physician*, 57(9), 313-315.
- Marcel, G. (1950). *The mystery of being. Faith and reality* (vol.2). Michigan, USA: Michigan State University Press.
- Méliani, V. (2013). Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. *Recherches qualitatives*, 15, 435-452.
- MEYER, J.P, ALLEN, N.J (1997) *Commitment in the work place: Theory, research and applications*. Thousand Oaks (CA) : Sage.
- Mezirow, J. (1991). *Transformative dimensions of adult learning*. San Francisco, USA : Josey-Bass.
- Michelon, L. et Sitter, A.-S. (2016). *Autoformation : représentations et pratique des internes de médecine générale lyonnais* (thèse de doctorat en médecine inédite). Université Claude Bernard Lyon 1.

Mohib, N. (2011). Développer des compétences ou comment s'engager dans l'agir professionnel.

Formation et emploi, 114, 55-71.

Monier, H. (2015). Les émotions au travail dans un service d'urgence : vers un management de la régulation collective? Communication présentée au 26^e congrès AGRH, Montpellier,

France. Résumé téléaccessible à l'adresse <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01212854/document>.

Morin, E. (1980). *La méthode II, la vie de la vie*. Paris, France : Le seuil.

Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*. Paris : Ed. Du Seuil.

Morin, E. (1982). *Science avec conscience*. Paris, France : Fayard.

Morin, E. (1977). *La méthode 1, la nature de la nature*. Paris, France : Seuil.

Morin, E. (1974). *L'unité de l'homme*. Paris, France : Seuil.

Moisan, A. (1995). Autoformation et organisation apprenante. *Éducation permanente*, 122, 15-30.

Morice-Ramat, A. (2015). *Approche psychométrique de l'empathie, de la résilience et de la matrice émotionnelle chez les internes en médecine générale de Nantes* (DES de médecine inédite). Université de Nantes, France.

Mornata, C. et Bourgeois, E. (2012). Apprendre et transmettre le travail. Dans É.

Bourgeois et M. Durand (dir.), *Apprendre au travail* (pp.33-51). Paris, France : PUF.

Morneau-Sévigny, F. (2017). *Détresse psychologique chez les étudiants universitaires :*

un devis mixte incluant une métaanalyse (thèse de doctorat en psychologie-recherche et intervention-orientation clinique). Université Laval, Canada.

Moisan, A. (2010). L'institutionnalisation de l'autoformation. In Carré, Ph., Moisan, A. et Poisson, D. (dir.), *L'autoformation. Perspectives de recherche* (pp.17-78). Paris, France : PUF.

Moliner, P., Rateau, P. et Cohen-scali, V. (2002). *Les représentations sociales. Pratique des études de terrain*. Rennes, FR : Presses Universitaires de Rennes.

Morler, E. E. (2004). *Maturité et personnalité*. Repéré le 1 janvier 2019 à http://www.enneagramme.com/Articles/2004/EM_0403_a1.htm.

Mornata, C. et Bourgeois, É. (2012). Apprendre en situation de travail : à quelles conditions ? Dans É. Bourgeois et M. Durand (dir), *Apprendre au travail* (pp.53-67). Paris, France : PUF.

Momeau, F. (2017). *Détresse psychologique chez les étudiants universitaires: un devis mixte incluant une méta-analyse* (thèse de doctorat en psychologie inédite). Université Laval, Québec.

Bourgeois. Et M. Durand. (dir.), *Apprendre au travail* (p.53-67). Paris, FR : PUF.

Muchielli, A. (2006). Les processus intellectuels fondamentaux sous-jacents aux techniques et méthodes qualitatives. *Recherches qualitatives*, 3, 1-27.

Mucchielli, A. (1991). *Les méthodes qualitatives*. Paris, France : PUF, coll. « Que sais-je ».

Muchielli, R. (1978). *Le travail d'équipe*. Paris, France : ESF.

Mukamurera, J., Lacourse, F. et Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*, 26(1), 110-138.

Nadeau, J. (2015, 1 août). *La médecine familiale dans la spirale du privé*. Repéré à

<https://www.ledevoir.com/societe/sante/446512/la-medecine-familiale-dans-la-spirale-du-prive>.

Nadeau, M. et Labre, D. (2011). *Coaching, Mentorat, tutorat : quelle est la différence?* Repéré le 9 mars 2019 à http://www.portailrh.org/votre_emploi/fiche_lapresse.aspx?f=72996.

Nasi, M. (2016, 20 janvier). *Souffrance au travail : oubliez le psychologue!* Repéré à https://www.lemonde.fr/entreprises/article/2016/01/24/souffrance-au-travail-oubliez-le-psychologue_4852707_1656994.html

Neault, I., Cossette, L., Houle, K. et Bégin, J. (2015). Le développement de la régulation des émotions chez des nourrissons de mères adolescentes. *Revue enfance*, 2(2), 179-198.

Nkoum, B. A. (2005). *Initiation à la recherche : une nécessité professionnelle*. Yaoundé, CM : Presses de l'UCAC.

Ntsiba, G. (2012). Le blason, une médiation sémiotique au service des usagers pour faciliter l'accès au statut d'auteur. *Revue le sociographe*, 40, 115-120.

Nuttin, J. (1980). *Motivation et perspective d'avenir*. Louvain, Belgique : Presses Universitaires de Louvain.

O'Dougherty Wright, M., Masten, A. S. et Narayan, A.J. (2013). Resilience process in development: four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. In S. Goldstein. Et R.B. Brooks (Eds), *Handbook of Resilience in Children* (2nd Éd.) (pp.15-37). New-York, USA : Springer.

Olmer, F. (2009). La médecine dans l'antiquité : professionnels et pratiques. *Sociétés et représentations*, 28, 153-172.

- OMS. (2018, juillet 2020). Alimentation saine. Document repéré à <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>.
- Palherta, U. (2010). L'apprentissage compagnonnique aujourd'hui entre résistance à la forme scolaire et transmission du « métier ». *Sociétés contemporaines*, 77, 57-85
- Parratte, J. et Stip, E. (2012). L'apprentissage par compétences : renouveau pédagogique à l'Université de Montréal. *L'information psychiatrique*, 88, 543-548.
- Pham, B., Eschard, J-P., Richard, I., Etienne, J., Massoubre, C. et les membres du groupe de pédagogie de la Conférence des doyens des facultés de médecine de France. (2016). L'analyse des difficultés du parcours des étudiants en médecine dans les facultés de médecine françaises. *Pédagogie médicale*, 17(3), 147-156.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2013). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, FR : Armand Colin.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147-181.
- Paquay, L., Altet, M., Charlier, É., Perrenoud, Ph. (2001). Former des enseignants-professionnels. Trois ensembles de questions. In Ph. Perrenoud (dir.), *Former des enseignants professionnels. Quelles stratégies ? Quelles compétences ?* (3éds) (pp.113-131). Bruxelles, BEL : De Boeck Université, 113-131.
- Papert, S. (1983). *Jaillissement de l'esprit : ordinateurs et apprentissage*. Paris, France : Flammarion
- Papineau, Ph. (2018, 24 mars). Société connectée, dépendance programmée. Repéré à

<https://www.ledevoir.com/societe/science/523588/societe-connectee-dependance-programmee>.

- Pastré, P. (2002). L'analyse du travail en didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie*, 138, 9-17.
- Pastré, p., Mayen, P. et Vergnaud, G. (2006). La didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie*, 154, 145-198.
- Pastré, P. (2011). *La didactique professionnelle. Approche anthropologique du développement chez les adultes*. Paris, France : PUF.
- Pelaccia, T. (2016). *Comment (mieux) former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé ?* Bruxelles, BEL : de Boeck Supérieur.
- Pelaccia, T., Tribby, E., Delplancq, H., Bartier, J.-C., Ammirati, C., Leman, C., Brunstein, V. et Dupeyron, J.-P. (2009). Quels sont les déterminants de la motivation des étudiants et des professionnels de santé en formation aux gestes et soins d'urgence? *Pédagogie médicale*, 10(2), 83-94.
- Pelaccia, Th. et Tribby, E. (2011). La pédagogie médicale est-elle une discipline? *Pédagogie médicale*, 12(2), 121-132.
- Péclet, E. (1838). *Traité élémentaire de physique*. Bruxelles, Belgique : Société typographique Belge.
- Pelpel P. (2001). *Apprendre et faire. Vers une épistémologie de la pratique ?* Paris, France : L'Harmattan
- Piaget, J. (1981). Introduction. Dans J. Piaget (dir.), *Le possible et le nécessaire. L'évolution des possibles chez l'enfant* (pp.5-11). Paris, France : PUF.

- Pineau, G. (1999). « Expérience d'apprentissage et histoire de vie ». In P. Carré et P. Caspar (Eds), *Traité des sciences et des techniques de la formation* (pp.307-327). Paris, France : Dunod.
- Portois, V. (2017, 16 juin). *Étudiants en médecine : des internes en souffrance*. Repéré à <http://lemutualiste.org/etudiants-en-medecine-des-internes>
- Pentecouteau, H. (2012). L'alternance dans une formation professionnelle universitaire. De l'idéal épistémologique aux contradictions pédagogiques. *Revue Internationale de Pédagogie de l'Enseignement Supérieur*, 28, 1-12.
- Perez-Roux, Th. (2016). Transitions professionnelles et transitions identitaires : expériences, épreuves, ouvertures. *Revue Pensée plurielle*, 41, 81-93.
- Périlleux, T. (2003). La subjectivation du travail. *Revue déviance et société*, 27(3), 243-255.
- Perrenoud Ph. (2001). Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation, *Cahiers pédagogiques*, 390, 42-45.
- Perrenoud, Ph. (1993). Curriculum : le formel, le réel, le caché. In J. Houssaye (dir.), *La pédagogie : une encyclopédie pour aujourd'hui* (pp.61-76). Paris, FR : ESF.
- Petiteville, F. (1995). Intérêt et limites du paradigme culturaliste pour l'étude du développement. *Tiers-Monde*, 36 (144), 859-875.
- Pineau, G. (1989). La formation expérientielle en auto —, éco et co-formation. *Éducation permanente*, 100/101, 23-37.
- Piot, T. (2009). Quels indicateurs pour mesurer le développement professionnel dans les métiers adressés à autrui? *Questions vives*, 5(11), 259-275.

- Pineau, G et Marie-Michèle. (1983). *Produire sa vie : autoformation et autobiographie*. Paris, France : Édilig.
- Pineau, G. (2016). *La reconnaissance des acquis d'une formation permanente en deux temps, trois mouvements*. Communication présentée au 10^e séminaire international du Comité Mondial pour les apprentissages tout au long de la vie (CMA), Paris, FR, 17-18 mars.
- Pineau, G. (1984). Autodéveloppement et autoformation. *Revue québécoise de psychologie*, 5(3), 119-126.
- Pineau, G. (2017). La reconnaissance des acquis d'une formation permanente en deux temps, trois mouvements. Dans A. Piau et L. Pierre (coord.), *Pratiquer la reconnaissance des acquis de l'expérience* (pp.44-58). Lyon, France : chronique sociale.
- Piot, T. (2009). Quels indicateurs pour mesurer le développement professionnel dans les métiers adressés à autrui ? *Revue Questions vives en éducation et formation*, 5(11), 259-275.
- Piquemal, M. (2012). *Internes en médecine : « on donne tout pour exercer. Jusqu'où ? »*. Document téléaccessible à l'adresse https://www.liberation.fr/societe/2012/11/15/internes-en-medecine-on-donne-tout-pour-exercer-jusqu-ou_860484. Consulté le 2 novembre 2018.
- Pires, A.-P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. In J. Pourpart et Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives (dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques qualitatives* (p.113-167). Boucherville, QC : Gaëtan morin.
- Pontes, V. et Müller, M. (2017). *Les effets du sport sur le cerveau*. Document téléaccessible à

- l'adresse <https://www.cerveauetpsycho.fr/sd/neurobiologie/les-effets-du-sport-sur-le-cerveau-9509.php>. Consulté le 16 février 2019.
- Pourtois, J.-P. et Desmet, H. (2007). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Wavre, Belgique : Mardaga. (1^{er} éd. 1998).
- Postiaux, N., Romainville, M. (2011). Compétences et professionnalisation. La compétence asservit-elle l'université au monde professionnel, la faisant ainsi renoncer à son idéal pédagogique ? *Revue Éducation et Formation*, 296, 45-55.
- Proglio, H. (2009). *Promouvoir et développer l'alternance. Voie d'excellence pour la professionnalisation*. Rapport au Président de la République française.
- Quivy, R. et Campenhoudt, L.V. (1995). *Manuel de recherches en sciences sociales*. Paris, France : Dunod.
- Radio Canada. (2013, 27 juin). *Les heures de travail des médecins résidents jugées inacceptables*. Repéré à <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/620672/fatigue-residents-medecine-rapport>.
- Robin, J.-Y. (2003). L'autoformation : d'une histoire sociale au développement de la personne. Dans B. Albero (dir.), *Autoformation et enseignement supérieur* (pp.69-77). Paris, France : Hermès sciences.
- Roche, P. (2016). *La puissance d'agir au travail. Recherches et interventions cliniques*. Toulouse, France : Erès.
- Radio Canada. (2013). *Les heures de travail des médecins résidents jugées inacceptables*. Document télé-accessible à l'adresse <<http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/620672/fatigue-residents-medecine-rapport>> Consulté le 25 janvier 2017.
- Reboul, O. (1989). *La philosophie de l'éducation*. Paris, FR : « Que sais-je ? », PUF.

- Rézeau, J. (2002). Médiation, médiatisation et instruments d'enseignement : du triangle au « carré pédagogique ». *Revue ASP*, 35, 1-21.
- Ricœur, P. (1995). *Le juste*. Éditions Esprit. Paris, France : Esprit.
- Riem, F. (2008). Concurrence effective ou concurrence efficace? *Revue internationale de droit économique*, 22(1), 67-91.
- Robin, J.-Y. (2003). L'autoformation : d'une histoire sociale au développement de la personne. Dans B. Alberto, *Autoformation et enseignement supérieur* (p.70-77). Paris, FR : Hermès science.
- Rogalski, J. et Leplat, J. (2011). L'expérience professionnelle : expériences sédimentées et expériences épisodiques. *Activités*, 8(2), 4-31.
- Robin, J.-Y. et Vinatier, I. (2011). *Conseiller et accompagner. Un défi pour la formation des enseignants*. Paris, France : l'Harmattan.
- Robin, J.-Y. (2018). L'autoformation au risque de l'accélération. La mise en péril du sujet apprenant ? *Éducation permanente*, 215, 11-20.
- Rogers, C. (1984). *Liberté pour apprendre*. Paris, France : Dunod.
- Rogers, C. R. (1967). *Le développement de la personne*. Paris, France : Dunod.
- Rogalski, J. et Leplat, J. (2011). L'expérience professionnelle : expériences sédimentées et expériences épisodiques. *Activités*, 8(2), 3-31.
- Rosenshine, B.V. (2000). Vers un enseignement efficace des matières structurées. Un modèle

- d'action inspiré par le bilan des recherches processus-produit. In M. Crahay et D. Lafontaine (éd.), *L'art et la science de l'enseignement* (pp.81-96). Bruxelles, Belgique : Éditions Labor (Coll. Éducation).
- Roussel, J.-F., Lauzon, N. et Solar, C. (2014). *Transmettre les savoirs en entreprise. Guide pratique*. Repéré le 13 février 2019 à https://www.cpmv.qc.ca/publications/pdf/Rech-compl_Guide_Roussel.pdf.
- Royer, C. (2007). Peut-on fixer une typologie des méthodes qualitatives? In *Actes du Colloque Recherche qualitative sur les questions de l'heure* (p.82-98). Montréal, QC. Repéré le 15 mai 2017 à http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v5/RQ-HS-5-Numero-complet.pdf.
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse & Neglect*, 31(3), 205-209.
- Sapiro, G. (2006). Les professions intellectuelles entre l'État, l'entrepreneuriat et l'industrie. *Le mouvement social*, 214, 3-18.
- Sarrazin, N. (2001). *Archéologie de la médecine au Québec : lecture épistémologique d'un Développement*. Paris, FR : L'Harmattan.
- Sauvé, P. (2001). De l'enseignement à l'apprentissage. *Virage express*, 3(6), 1-6.
- SCALLON, G. (2007). *L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences* (2 éd.). Bruxelles : De Boeck.
- Saint-Marc, D. (2011). *La formation des médecins. Sociologie des études médicales*. Paris, France : L'Harmattan.

- Schaufeli, W.B. et Greenglass, E.R. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology Health*, 16(5), 501-510.
- Sirot, A-M. (2016). « *En quoi les Internes de Médecine Générale ont-ils du mal à dire non à leur Sénior?* » (Thèse de doctorat en médecine inédite). Université Claude Bernard-Lyon, France.
- Schemeil, Y., Bouillard, C., Colson, A., David, C-P., Fauve, A., La Branche, S. et Magni-Berton, R. (2014). Quand simuler stimule. Innovation pédagogique et recherche décisionnelle. *Revue française de science politique*, 64(3), 479-501.
- Suddaby, R. (2006). From the editors : what grounded theory is not. *Academy of Management journal*, 49(4), 633-642.
- Schmutz-Brun, C., Lani-Bayle, M. et Pineau, G. (2011). *Histoires de morts au cours de la vie*. Paris, FR : L'Harmattan.
- Schön, D.-A. (1994). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal, QC : Éditions Logiques.
- Seligman, M. E. P. (2012). *S'épanouir : pour un nouvel art du bonheur et du bien-être*. Paris : Belfond.
- Schemeil, Y., Bouillaud, C., Colson, A., David, C.-Ph., Fauve, A., La Branche, S. et Magni-Berton, R. (2014). Quand simuler stimule. Innovation pédagogique et recherche décisionnelle. *Revue française de science politique*, 64(3), 479-501.
- Simard, S., Karsenti, T. et Colin, S. (2013). Proposition d'un nouveau cadre de compétences informationnelles pour la formation initiale des enseignants : une invitation à la réflexion et à la recherche. *Formation et profession*, 21(3), 109-112.

Simon, H. A. (1983). *Raison in Human Affairs*. Stanford, California: Stanford University.

Simon, H. A. (1987). Making Management Decisions: the role of intuition and Emotion.

Academic of Management executive, 1, 57-64.

Services Québec. (2019). *Secrétaire médical*. Repéré le 2 janvier 2019 à

<http://avenirensante.gouv.qc.ca/carrieres/secretaire-medical>.

Solar, C., Baril, D., Lauzon, N. et Roussel, J.-F. (2014). *Pratiques et stratégies innovantes en formation en emploi dans les entreprises du Québec : Lever les obstacles à la participation*.

Rapport de recherche soumis à la CPMT, PSRA-7232-13004. Montréal, Sherbrooke,

Québec : Université de Montréal, ICÉA, Université de Sherbrooke.

Suddaby, R. (2006). From the editors : what grounded theory is not. *Academy of Management Journal*, 49(4), 633-642.

Spinoza, B. (1994). *L'éthique* (R. Garois, trad.). Paris, France : Gallimard.

(Ouvrage original publié en 1677 sous le nom B. Spinoza sous le titre *Ethica Ordine Geometrico Demonstrata*).

Reboul, O. (1989). *La philosophie de l'éducation*. Paris, France : PUF, « Que sais-je?».

Tardif, J. (2013, février). *L'approche par compétences : un changement de paradigme*.

Communication présentée à l'ICAP (Innovation Conception et Accompagnement pour la pédagogie), Lyon, France.

Tamir, M. et Robinson, M. (2007). The happy spotlight: positive mood and selective attention to rewarding information. *Personality and social psychology bulletin*, 33(8), 1124.

Tardif, J. (2007). La régulation par l'intermédiaire des situations d'apprentissage

- contextualisantes : une aventure essentiellement « prescriptive ». Dans Allal, L. et Lopez, L. M. (dir.), *Régulation des apprentissages en situation scolaire et en formation* (pp.25-43). Bruxelles, Belgique : De Boeck supérieur.
- Tardif J. (2003). Développer un programme par compétences : de l'intention à la mise en œuvre, *revue Pédagogie collégiale*, 16 (3), 36-44,
- Tardif, J. (2013). « *L'approche par compétences : un changement de paradigme* ». Communication présentée à l'ICAP, Université de Lyon1, Lyon, France, 20 février.
- Tardif J. (2003). Développer un programme par compétences: de l'intention à la mise en œuvre. *Revue Pédagogie collégiale*, 16(3), 36-44.
- Terrisse, B. (2009). *La personne handicapée peut-elle être résiliente?* Communication présentée au 4^e Forum International « résilience, régulation et qualité de vie », Louvain-la-Neuve, Belgique. Repéré le 19 septembre 2018 à <https://unites.uqam.ca/terrisse/pdf/personnehandicapee.pdf>.
- Théorêt, S. (2016, 24 mai). *Un centre de santé est-il l'employeur d'un résident harcelé par ses médecins superviseurs*. Repéré à <http://blogue.soquij.qc.ca/2016/05/24/centre-de-sante-lemployeur-dun-resident-harcele-medecins-superviseurs/>
- Touré, M., Karsenti, T., Gervais, C. et Lepage, M. (2013). Analyse de la pratique de l'encadrement des apprenants en formation ouverte et à distance. Quel lien avec l'autonomie de l'apprenant? Dans T. Karsenti et S. Collin (dir.), *TIC, technologies émergentes et web 2.0. Quels impacts en éducation?* (pp.303-334). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Tourian, L. (2013, 23 septembre). *Détresse psychologique, épuisement professionnel et troubles*

- de santé mentale*. Repéré à <http://santeinc.com/2013/11/de-reels-defis-pour-medecins-residents/>.
- Touzin, C. (2014, 26 novembre). *Suicide d'une résidente du CHUM : « ses études en médecine l'ont tuée »*. Repéré à <http://www.lapresse.ca/actualites/justice-et-affaires-criminelles/faits-divers/201411/26/01-4822661-suicide-dune-residente-du-chum-ses-etudes-en-medecine-lont-tuee.php>.
- Tranter, D. et Kerr, D. (2016, février). L'autorégulation : pourquoi le stress chez les élèves nuit à leur apprentissage. Repéré à [L'autorégulation: pourquoi le stress chez les élèves nuit à leur apprentissage \(gov.on.ca\)](http://www.ontario.ca/education/autorégulation)
- Tremblay, N. A. (1986). *Apprendre en situation d'autodidaxie*. Montréal, Québec : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Tremblay, M., Guay, Ph. et Simard, G. (2000). L'engagement organisationnel et les comportements discrétionnaires : l'influence des pratiques de gestion des ressources humaines. *Série scientifique*, 24, 1-29
- Tremblay, N.A. (2003). *L'autoformation. Pour apprendre autrement*. Montréal, Québec : Presses de l'Université de Montréal.
- Trudel, L., Simard, C. et Vonarx, N. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire? *In Actes du colloque Recherche qualitative sur les questions de l'heure* (p.38-45). Montréal, QC. Repéré le 15 mai 2017 à

http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v5/RQ-HS-5-Numero-complet.pdf..

Quivy., R. et Campenhoudt, V. L. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris, France : Dunod.

Tyler, I. (2009). *Analyse des méthodes d'éducation en santé publique au cours des études au doctorat en médecine au Canada. Forces et, faiblesses et applicabilité des méthodes pédagogiques*. Toronto, Canada : École de santé publique Dalla Lana.

University of McGill. (2016). *Programs*. Repéré le 15 mai 2017 à

<https://www.mcgill.ca/medadmissions/programs>.

Université de Laval. (2016). *Faculté de médecine*. Repéré le 1 mai 2017 à

<http://www.fmed.ulaval.ca/accueil/>

Université de Sherbrooke. (n.d.). *Le programme de doctorat en médecine*. Repéré le 2 mai 2017

à <https://www.usherbrooke.ca/doctorat-medecine/admission/>.

Valin, A. (2016). *Le hasard en sociologie : autour des pratiques quotidiennes des jeux d'aléa* (Thèse de doctorat en sociologie inédite). Université de Franche-Comté, France.

Vasilachis de Gialdino, I. (2009). Ontological and epistemological foundations of qualitative research. *Forum qualitative social research*, 10(2). Repéré le 10 octobre 2018 à Document

<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1299/3163>.

Vézinat, N. (2010). Une nouvelle étape dans la sociologie des professions en France. *Sociologie*,

3 (1). Repéré le 2 février 2016 à <http://www.sociologie.revues.org/517>. Consulté le 11

Vermersch, P. (1994). *L'entretien d'explicitation en formation continue et initiale*. Paris, France :

ESF.

- Vallerie, B. et Le Bossé, Y. (2006). Le développement du pouvoir d’agir (empowerment) des personnes et des collectivités : de son expérimentation à son enseignement. *Les sciences de l’éducation-Pour l’Ère nouvelle*, 39(3), 87-100.
- Vanhulle Sabine. (2007). *Introduction. Du principe d’alternance aux alternances en formation des adultes et des enseignants : un état de la question. In Alternances en formation*. Bruxelles, Belgique : De Boeck Université
- Viellard, M. (2014). *Difficultés ressenties par les internes de médecine générale lors de leurs premiers remplacements. Intérêt du Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée. Étude qualitative réalisée auprès de jeunes médecins de la région Lorraine* (thèse de doctorat de médecine inédite). Université de Nancy, France.
- Vigour, C. (2005). *La comparaison dans les sciences sociales. Pratiques et méthodes*. Paris, France : La Découverte.
- Viktor, E. F. (1984). *Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie*. Paris, France : Éditions sciences de l’homme.
- Vygotsky, L. S. (1997). *Pensée et langage* (F. Sève, trad.). Paris, France : La Dispute. (Ouvrage original publié en 1934 en russe sous le nom L. Vygotsky sous le titre *Мысль и язык.*).
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: the development of higher psychological processes*. Massachusetts, USA: Harvard University Press
- Vygotsky, L. S. (2014). *Histoire du développement des fonctions psychiques supérieures* (Sève, F., trad.). Paris, France : La Dispute. (Ouvrage original publié en 1931 sous le nom Лев Выготский sous le titre *История развития высших психических функций*).

- Wenger, E., Trayner, B., De Laat, M. (2011). *Promoting and assessing value creation in communities and networks: a conceptual framework*. Netherlands: Ruud de Moor Centrum, Open University.
- Werquin, P. (2010). *Reconnaître l'apprentissage non formel et informel. Résultats, politiques et pratiques*. Repéré le 30 septembre 2019 à <https://www.cicic.ca/docs/oecd/rnfil.fr.pdf>.
- Wiebe, E. (2018). Enseigner l'aide médicale à mourir aux résidents. *Le médecin de famille canadien*, 64, 199-200.
- Wittorski, R. (2008). La professionnalisation. *Savoirs*, 17, 9-36.
- Wittorski, R. (1997). « La construction des compétences par et dans l'alternance ». *Revue Pour, GREP*, 1997, 154, pp.95 à 104.
- Willett, G. (1996). Paradigme, théorie, modèle, schéma : qu'est-ce donc? *Communication et organisation*, 10, 1-19.
- Wittorski, R. (2007). *Professionnalisation et développement professionnel*. Paris, FR : L'Harmattan.
- Zaccai-Reyners, N. (1996). *Le monde de la vie*. Paris, France : Les Éditions du Cerf.
- Zarifian, P. (1994). Compétence et organisation qualifiante en milieu industriel. Dans F. Minet, M. Parlier et S. De Witte (éd.). *La compétence : mythe, construction ou réalité ?* (p.111-133). Paris, FR : L'Harmattan.
- Zarifian, Ph. (n.d.). *La logique de compétence, un enjeu de société*. Repéré le 1 avril 2017 à <http://perso.orange.fr/philippe.zarifian/page14.htm>.
- Zarifian, Ph. (2009). La compétence et ses soubassements philosophiques. In Zarifian, Ph. (dir.), *Le travail et la compétence : entre puissance et contrôle* (pp.157-179). Paris, Fr : PUF.

- Zimmerman, B. J. (2002). Efficacité perçue et autorégulation des apprentissages durant les études : une vision cyclique. In Carré, Ph. Et Moisan, A. (dir.), *La formation autodirigée. Aspects psychologiques et pédagogiques (pp.69-88)*. Paris, Fr : l'Harmattan.
- Zaouani-Denoux, S. (2011). La formation en alternance. Effectuation, itinéraire et construction de soi. *Savoirs*, 26, 61-63.
- Zumbrunn, S., Tadlock, J. et Roberts, E.D. (2011). *Encouraging self-regulated learning in the classroom: a review of the literature*. Virginia, USA: Metropolitan Educational Research Consortium (MERC), Virginia Commonwealth University.

ANNEXE A

LE PARCOURS DES ÉTUDES EN MÉDECINE EN France ET AU QUÉBEC

1. LES ÉTUDES PRÉ-DOCTORALES AU QUÉBEC

Dans toutes les universités québécoises hébergeant une faculté de médecine, la durée des études médicales pré-doctorales est de 4 à 5 ans à temps plein dépendamment de l'Université choisie, la première année étant souvent l'année préparatoire obligatoire pour tous les étudiants-es dans les facultés de médecine de McGill et de Montréal et plutôt facultative ou (obligatoire et ici tenant compte du profil du-de la candidat-e et de ces études antérieures) dans les facultés de médecine de Sherbrooke et de Laval. Nous allons faire *fi* de l'année préparatoire qui n'est rien d'autre qu'une période préparatoire aux études médicales qui poursuit deux objectifs soient de permettre aux étudiants-es de s'approprier des connaissances en lien avec les sciences fondamentales, humaines et sociales en rapport avec les sciences médicales ; et d'exposer les étudiants-es aux milieux cliniques c'est-à-dire hospitaliers afin que ceux-ci-celles-ci puissent prendre non seulement connaissance de la profession dans laquelle ils-elles s'engagent ainsi que de ces enjeux, mais aussi d'envisager une réorientation professionnelle s'ils-elles se rendent compte qu'ils-elles se sont trompés d'orientation professionnelle (Faculté de médecine de l'Université de Montréal, 2016). À la faculté de médecine de Montréal, cette étape préparatoire qui dure généralement 9 mois se composent sur le plan de la structure du curriculum de deux parties à savoir une partie théorique et une partie pratique. La phase théorique est la dispensation de façon magistrale des cours en lien avec les sciences biologiques, avec l'éthique, la psychologie et la sociologie. Quant à la phase pratique, les étudiants la passent dans des laboratoires de biochimie, de microbiologie et biologie

cellulaire. À la faculté de médecine de McGill, même si les objectifs poursuivis par l'année préparatoire rencontrent ceux de la faculté de Montréal, la structure du curriculum est différente. Au lieu qu'un programme particulier soit institué pour les étudiants-es inscrits-es en année préparatoire comme c'est le cas avec la faculté de médecine de Montréal, les aspirants-es à la profession de médecin de la faculté de médecine de McGill sont appelés-es à « s'inscrire pour une année complète d'études de 30 crédits à la faculté des sciences » (Faculté de médecine de McGill, 2016, n.p.) et notamment 6 cours de 3 crédits chacun (biologie moléculaire, biologie cellulaire et métabolisme, physiologie mammaire cours 1 et 2, génétique de base et principes de la statistique), 3 cours complémentaires de 3 crédits chacun et ces trois cours doivent couvrir au moins deux des trois champs des sciences humaines, sciences sociales et langues, 1 cours de 3 crédit au choix parmi les cours en vigueur à la faculté des sciences ou celle des Arts. « La moyenne cumulative minimale exigée est de 3,5 avec une note individuelle égale ou supérieure à B pour chaque cours obligatoire et la note de passage pour tous les cours complémentaires » (Ibid., n.p.). Après cette phase préliminaire, disposée dans les curricula de formation médicale des facultés de médecine de Montréal et de McGill, les étudiants-es qui l'auront réussi seront admis-es au premier cycle des études médicales au Québec composées de deux phases : le préexternat et l'externat.

1.1. Le préexternat

Les deux premières années (ou 2 premières années et demi comme dans les facultés de médecine de Sherbrooke et Laval) sont appelées précliniques (ou préexternat). Pendant cette période, l'étudiant-e reçoit des cours théoriques qui lui permettront d'asseoir les bases théoriques de la médecine dans l'optique de réussir aisément les stages en milieu hospitalier. Les modalités

pédagogiques sont propres à chaque faculté de médecine. L'Université de McGill est une institution dans laquelle l'Anglais est la langue première, même si elle est localisée au Québec. De ce fait, la structure du programme se rapproche beaucoup plus des standards Américains (USA) ou Anglais (UK) (Université McGill, n.p.). En ce qui concerne la structuration du programme de formation des médecins, après l'année préparatoire, si l'étudiant-e a réussi tous les apprentissages, il-elle est admis-e à poursuivre ses études dans le programme en première année cette fois-là. À ce niveau, il fera face à un programme qui dure d'abord 2 années (années précliniques) puis 2 autres années (externat). Le tableau 1 ci-dessous présente le programme des années précliniques.

Tableau 1. Années précliniques à la faculté de médecine de l'Université McGill

Années	Activités	Modalités pédagogiques	Organisation
I	Orientation	Lectures	August (1/2 week)
	Molecules to global health	Lectures, small group and laboratories	September (4 weeks)
	Respiration	Lectures, small groups and laboratories	October (4 weeks)
	Circulation	-//-	October (4 weeks)
	R & E1	-//-	December (1 week)
	Renal	-//-	January (5 weeks)
	Digestive and metabolism	-//-	February (4 weeks)
	R & E1	-//-	March (1 week)
	Defense	-//-	March/April (4weeks)
	Infection	-//-	April/May (4 weeks)
	Movement	-//-	May/June (4weeks)

	R & E1	-//-	June (1 week)
	Reproduction and sexuality	-//-	September (4 weeks)
	R & E2	-//-	October (1week)
	Human behaviour	-//-	October/December (8weeks)
	R & E2	-//-	December (1 week)
	Preceptorship	Immersion Clinique	16 afternoons
II	Core and consultation medicine block - TCP internal medicine, - TCP neurology	Objective Structured Clinical Examination (OSCE)	January/February (8 weeks)
	Comprehensive health block -TCP family medicine, -TCP pediatrics: -Physicianship: Medical ethics and law -Physicianship: mindfulness practice	OSCE	March/April (8 weeks)
	Diagnostic and interventional medicine block	OSCE	April/May/June (8 weeks)

	- Introduction week – TCP surgery — TCP anesthesia — TCP radiology — TCP ophthalmology		
--	---	--	--

Adapté de University of McGill (2016).

À l'Université de Montréal, pendant les années pré-cliniques qui durent 2 ans c'est-à-dire 76 semaines, aux cours magistraux s'ajoutent les séances de simulation clinique et celles d'initiation à la démarche et à la pratique clinique d'après le tableau 2 ci-dessous qui présente la disposition des activités ainsi que leur organisation.

Tableau 2. Années précliniques à la faculté de médecine de Montréal

Première année			
Activités		Organisation	
Introduction à la médecine clinique (IMC).		½ journée par semaine, en milieu hospitalier.	
CAAHC : centre d'apprentissage des attitudes et habiletés cliniques (simulation)		½ journée par mois, sur-le-champ de la formation	
Cours théoriques Automne (16 sem.)	Cours théoriques Hiver (22 sem.)	Modalités pédagogiques	Organisation

– Croissance, développement et vieillissement (5 sem.), – Pathologie et immunologie (7 sem.), Microbiologie et infectiologie (4 sem.)	– Hématologie (4 sem.) – Neurologie (7 sem.), – Sciences psychiques (5sem.) – Locomoteur (6 sem.)	Cours magistraux APP	2 demi-journées par semaine 2 demi-journées par semaine
	+ cours de Formation à la collaboration interprofessionnelle.		

Deuxième année

Activités		Organisation	
Initiation à la démarche clinique		½ journée par semaine, en milieu clinique.	
CAAHC : activités de stimulation sur les attitudes et habiletés cliniques		½ journée par 3 semaines, sur-le-champ de la formation	
Cours théoriques	Cours théoriques	Modalités pédagogiques	Organisation
Automne	Hiver	Modalités pédagogiques	Organisation
– Cœur et circulation (6 sem.) – Respiration et oxygénation (6sem.)	– Digestion et nutrition (7 sem.), – Endocrinologie et métabolisme (6sem.),	Cours magistraux APP	2 demi-journées par semaine. 2 demi-journées par semaine

– Reins et arbre urinaire (6 sem.)	Problèmes multisystémiques (7 sem.) + cours de formation à la collaboration interprofessionnelle			
Épidémiologie clinique				

Tiré de Faculté de l'Université de Montréal (2016).

À l'Université Laval, les années pré-cliniques, qui se présentent en trois cheminements soient celui de 2 ans, 2 ans ½ et de 3 ans, se passent entièrement sur le campus de l'Université Laval et notamment à la faculté de médecine. Le tableau 3 ci-dessous présente les 88 crédits exigibles à l'étudiant-e pour être autorisé-e à poursuivre ses études. Il présente aussi les modalités pédagogiques utilisées dans cette faculté. Il est à rappeler que la formation en préexternat à la faculté de médecine de l'Université Laval est essentiellement théorique.

Cela voudrait dire que pendant cette période, l'étudiant-e ne fera pas face à des descentes sur le terrain de la pratique comme nous l'avons vu avec les étudiants de l'Université de Montréal ou de McGill.

Tableau 3. Années précliniques à la faculté de médecine de l'Université Laval

Cours	Types de cours	Crédits	Modalités pédagogiques	Répartition hebdomadaire

Sciences fondamentales I.	Concomitants : suivre en même temps	4	Grands et petits groupes	12 heures : 4 heures de cours et 8 heures d'effort personnel de l'étudiant.
Sciences fondamentales II.	Régulier	3	Grands et petits groupes	3 heures de cours et 6 heures d'effort personnel de l'étudiant.
Système respiratoire : fondements et problèmes cliniques :	Concomitant (sciences fondamentales I et démarche clinique I)	3	Grands et petits groupes	3 heures de cours et 6 heures d'effort personnel de l'étudiant.
Système cardiovasculaire : fondements et problèmes cliniques	Concomitant (Sciences fondamentale I et démarche clinique I)	3	Grands et petits groupes	3 heures de cours et 6 heures d'effort personnel de l'étudiant.
Médecin, médecine et société I	Concomitant (Démarche clinique I)	1	Grands et petits groupes	1 heure de cours et 2 heures d'effort personnel de l'étudiant.
Démarche clinique I	Concomitant (système	2	Pratiques ou laboratoire	2 heures de pratiques ou

	respiratoire : fondements et problèmes cliniques ; système cardiovasculaire : fondements et problèmes cliniques ; médecin, médecine et société I)			laboratoire et 4 heures d'effort personnel de l'étudiant.
Sciences fondamentales III	Concomitant (système digestif : fondements et problèmes cliniques ; système urinaire et milieu intérieur).	3	Grands et petits groupes	3 heures de cours et 6 heures d'effort personnel
Système digestif : fondements et problèmes cliniques	Concomitant (sciences fondamentales III).	3	Grands et petits groupes	3 heures de cours et 6 heures d'effort personnel
Système urinaire et milieu intérieur	Concomitant (sciences fondamentales)	3	Grands et petits groupes	3 heures de cours et 6 heures d'effort personnel
Médecin, médecine et société II	Régulier (préalables Médecin, médecine et société I).	3	Grands et petits groupes ; laboratoires ou pratiques	2 heures de cours, 1 heure de pratiques ou laboratoires, 6

				heures d'effort personnel
Intégration I	Concomitant (Système endocrinien : fondements et problèmes cliniques), préalables : Sciences fondamentales III).	2	Grands et petits groupes ; laboratoires ou pratiques	2 heures de cours ; 2 heures de laboratoire ou pratiques ; 2 heures d'effort personnel.
Système endocrinien : fondements et problèmes cliniques	Cours concomitant (Intégration I).	3	Grands et petits groupes ; laboratoires ou pratiques	2 heures de cours ; 1 heure de pratiques ou laboratoires, 6 heures d'effort personnel.
Intégration II	Cours concomitant (Système nerveux : fondements et problèmes cliniques) avec pour préalables Intégration I	3	Laboratoires ou pratiques	3 heures de pratiques et 6 heures d'effort personnel
Épidémiologie et lecture critique I	Régulier	1	Grands et petits groupes ; laboratoires ou pratiques	2 heures de cours et 1 heure de travaux

				pratiques ou laboratoire.
Organes des sens : fondements et problèmes cliniques	Régulier	2	Distance,	2 heures de cours et 4 heures d'effort personnel.
Système locomoteur : fondements et problèmes cliniques	Régulier	3	Grands et petits groupes	3 heures de cours et 6 heures d'effort personnel.
Système reproducteur : fondements et problèmes cliniques	Régulier	3	Grands et petits groupes	3 heures de cours et 6 heures d'effort personnel.
Système reproducteur : fondements et problèmes cliniques	Régulier	3	Grands et petits groupes	3 heures de cours et 6 heures d'effort personnel.
Épidémiologie et lecture critique II	Régulier avec pour préalables Épidémiologie et lecture critique I	2	Grands et petits groupes ; laboratoire ou travaux pratiques	1 heure de cours ; 2 heures de laboratoire ou pratiques et 3 heures d'effort personnel.

Revêtement cutané : fondements et problèmes cliniques	Cours concomitant (Démarche clinique V).	2	Grands et petits groupes	2 heures de cours et 4 heures d'effort personnel
Personnes âgées et soins de fin de vie	Régulier	3	Grands et petits groupes	3 heures de cours et 6 heures d'effort personnel.
Enfant normal et problèmes pédiatriques	Concomitant (Démarche clinique V)	3	Grands et petits groupes	3 heures de cours et 6 heures d'effort personnel.
Psychisme : fondements et problèmes cliniques	Régulier	3	Grands et petits groupes ; distance	3 heures de cours et 6 heures d'effort personnel.
Médecin, médecine et société III	Régulier avec pour préalable Médecin, médecine et société II	3	Grands et petits groupes ; laboratoire ou travaux pratiques	2 heures de cours ; 1 heure de laboratoire ou travaux pratiques et 6 heures d'effort personnel.
Système hématopoïétique : fondements et problèmes cliniques	Cours concomitant (Intégration III) avec pour préalable	3	Grands et petits groupes ; laboratoires et travaux pratiques.	2 heures de cours ; 1 heure de laboratoire ou travaux pratiques et 6

	démarche (clinique IV)			heures d'effort personnel.
Médecin, médecine et société IV	Cours concomitant (démarche clinique IV) avec pour préalables (médecin, médecine et société III).	2	Grands et petits groupes ; laboratoire et travaux pratiques.	2 heures de cours, 1 heure de pratiques ou de laboratoire et 3 heures d'effort personnel.
Intégration III	Cours concomitants (Système hématopoïétique : fondements et problèmes cliniques) avec pour préalables (Intégration II, démarche clinique IV, démarche clinique III ou démarche clinique III partie 2).	3	Pratiques ou laboratoire	3 heures de pratiques et 6 heures d'effort personnel

Collaboration interprofessionnelle centrée sur la personne 1	Cours régulier	1	Grands groupes, laboratoire ou travaux pratiques	1 heure de cours, 1 heure de travaux pratiques ou de laboratoire et 1 heure d'effort personnel.
Collaboration interprofessionnelle centrée sur la personne 2	Cours régulier avec pour préalables (Collaboration interprofessionnelle centrée sur la personne 1 ou Collaboration interprofessionnelle centrée sur la personne 1 ou Collaboration interprofessionnelle centrée sur la personne 1)	1	Grands groupes et laboratoire ou travaux pratiques	1 heure de cours, 1 heure de laboratoire ou de pratiques et 1 heure d'effort personnel.
Collaboration interprofessionnelle centrée sur la personne 3	Cours régulier avec pour préalables (Collaboration interprofessionnelle centrée sur la personne 1 ou Collaboration interprofessionnelle	1		1 heure de cours, 1 heure de laboratoire ou travaux pratique et 1 heure d'effort personnel.

	centrée sur la personne 1 ou Collaboration interprofessionnelle centrée sur la personne 1) et (Collaboration interprofessionnelle centrée sur la personne 2_)			
Introduction à l'externat	Cours régulier, 83 crédits exigés	2	Stages d'introduction	N/A
Suivi du développement des compétences I	Cours régulier	0	N/A	N/A
Suivi du développement des compétences II	Cours régulier avec pour préalable Suivi du développement des compétences I	1	N/A	3 heures d'effort personnel
Suivi du développement des compétences III	Cours régulier avec pour préalable Suivi du développement des compétences II	1	N/A	3 heures d'effort personnel
Démarche clinique III partie 1	Cours concomitants (Psychisme : fondements et	3	Laboratoire ou travaux pratiques	3 heures de laboratoire ou travaux pratiques et 6

	problèmes cliniques, Médecin, médecine et société III, Système nerveux : fondements et problèmes cliniques) avec pour préalable démarche clinique II).			heures d'effort personnel.
Démarche clinique III partie 2	Cours concomitant (Psychisme : fondements et problèmes cliniques, Médecin, médecine et société III) avec pour préalable Démarche clinique III partie 1	2		2 heures de pratiques ou laboratoire et 4 heures d'effort personnel.
Démarche clinique IV	Régulier	2	Laboratoire ou travaux pratiques	4 heures de laboratoire ou de travaux pratiques et 2 heures d'effort personnel
Démarche clinique V	Cours concomitants	1	Grands et petits groupes	1 heure de cours, 1 heure

	(Revêtement cutané : fondements et problèmes cliniques, Enfant normal et problèmes pédiatriques).		et travaux pratiques ou laboratoire.	de laboratoire ou de travaux pratiques et 1 heure d'effort personnel.
--	--	--	--------------------------------------	---

Adapté d'Université Laval (2017)

Même si « le programme de médecine de l'Université de Sherbrooke sera enrichi pour 2017 » (FMSS, 2016, n.p.), il est à noter que la structuration actuelle tant sur le plan de la programmation des activités d'enseignement que de leur organisation est différente des autres facultés de médecine du Québec. La particularité de la formation dans cette faculté résulte de la complémentarité existante entre les différentes phases de la formation, on en compte quatre. Les trois premières phases sont consacrées à la formation préclinique alors que la phase IV constitue l'externat. Nous allons, pour le moment, présenter seulement la structuration des trois premières phases. Signalons aussi que contrairement aux autres facultés de médecine, les années précliniques sont encore appelées ici Intégration Clinique et Professionnelle. Le tableau 4 ci-dessous nous sera d'une aide précieuse.

Tableau 4. Années précliniques à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke

Phase	Activités	Modalités pédagogiques	Organisation
I	– Unité d'introduction au	– APP – Stages	– Session d'automne de la première année.

	programme de médecine (IPM), – Biologie médicale I, – Biologie médicale II, – Stage d’immersion.	– Examen	
--	---	----------	--

II	– Santé et médecine des âges, – Système nerveux, – Appareil locomoteur, – Médecine préventive et santé publique	– APP – Examen	– Session d’hiver et d’été
	– Appareil locomoteur – Appareil respiratoire et ORL – Appareil digestif	– APP – Examen	– Session d’automne

	<ul style="list-style-type: none"> – Appareil urinaire – Hématologie – Maladies infectieuses – Stage APP en communauté – Système endocrinien – Appareil de reproduction/sexualité humaine 	<ul style="list-style-type: none"> – APP – Examen – Stages 	Session d’hiver et d’été
III	<ul style="list-style-type: none"> – Intégration de problèmes multidisciplinaires I et II 	<ul style="list-style-type: none"> – Apprentissage à la résolution des problèmes et consolidation des habiletés cliniques. – Examen 	– Session d’automne

Adapté de l’Université de Sherbrooke (n.d.).

1.2. L’externat

Au terme des 2 années de formation précliniques, l’étudiant-e est appelé-e à, s’il-elle a réussi tous ses apprentissages, poursuivre dans le programme. En d’autres termes, les 3^e et 4^e années sont consacrées aux stages en milieu hospitalier appelés ici externat. C’est pendant les externats que le futur-e médecin est confronté-e aux situations réelles c’est-à-dire palpables. C’est aussi pendant cette période que le processus de professionnalisation qui a commencé pendant les séances

d'APP²²⁰ prend une ampleur considérable. C'est-à-dire que c'est pendant les externats que le futur-e médecin copie les comportements médicaux qui seront mis en pratique dès qu'il-elle quittera la faculté de médecine. Pendant cette période aussi, les cours sont donnés *in situ* pour parfaire le raisonnement clinique des futurs-es médecins. Ces stages comprennent des stages dans l'ensemble des disciplines médicales soient la chirurgie, la santé communautaire, l'anesthésie, la médecine de famille, l'ORL, l'ophtalmologie, etc. Cette période d'externat est supervisée par les professeurs-praticiens. Il est à rappeler que même si cette formule d'immersion clinique totale, deux années après les années précliniques, est commune à toutes les facultés de médecine québécoises, quelques initiatives en matière d'organisation sont particulières à chaque université.

Ainsi à l'Université de Sherbrooke, l'externat, qui commence au mois de Janvier et qui dure 18 mois, représente la phase IV de la structure du programme de formation des médecins à l'Université de Sherbrooke. Il comprend des périodes de stages qui dure 8 semaines dans l'ensemble des disciplines médicales. Il existe aussi des stages sélectifs soient la médecine spécialisée, la chirurgie spécialisée et la pédiatrie spécialisée. Le tableau 5 présente la structuration de l'externat à l'Université de Sherbrooke.

Tableau 5. L'externat à la Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé de l'Université de Sherbrooke

Années	Activités	Modalités pédagogiques	Organisation
	Stage Électif I	Immersion clinique	Janvier
	Stage Électif II	Immersion clinique	Février
	Stage Électif III	Immersion clinique	Mars

²²⁰ Apprentissage Par Problèmes

3 ^e année			
	Médecine de famille/première ligne/anesthésie	Immersion clinique	Avril/mai
	Chirurgie	Immersion clinique	Juin
	Sélectif 1	Immersion clinique	Juillet
4 ^e année	Psychiatrie	-//-	Août
	Santé communautaire	-//-	Septembre
	Médecine interne et spécialisée	-//-	Octobre/novembre
	Pédiatrie	-//-	Décembre
	Sélectif II	-//-	Janvier
	Obstétrique/gynécologie	-//-	Février/mars
	Sélectif III	-//-	Avril
	Préparation à l'examen terminal	N/A	Mai/juin
	Examen terminal	N/A	Juillet

	Électif IV	Immersion clinique	Août
--	------------	--------------------	------

Adapté de l'Université de Sherbrooke (n.d.).

À l'Université de Montréal, l'externat comprend une combinaison de trois étapes soient des stages obligatoires (52 semaines), des semaines campus (6 semaines) plus une semaine post-entrevues et des stages à option (20 semaines). Ce qui amène une modification non seulement au niveau de l'organisation de cette période, mais aussi des stratégies pédagogiques adoptées. C'est ainsi que nous aurons des cours magistraux, des ateliers, activités de simulation sur les attitudes et habiletés cliniques en lien avec le stage, apprentissage au raisonnement clinique comme constaté dans le tableau 6 ci-dessous.

Tableau 6. L'Externat à la faculté de médecine de l'Université de Montréal

Années	Activités	Méthodes pédagogiques	Organisation
3 ^e et 4 ^e années	Stages obligatoires : Chirurgie, médecine interne, médecine familiale, Pédiatrie, santé communautaire, soins palliatifs/engagement social, gériatrie, ophtalmologie, anesthésie, obstétrique-gynécologie,	Simulation, apprentissage au raisonnement clinique, Stages d'Immersion clinique	52 semaines

	médecine d'urgence, psychiatrie.		
	Semaines campus – pharmacothérapie, cours préparatoires au CMC, collaboration interprofessionnelle, sciences fondamentales, etc.	Ateliers, Cours magistraux	6 semaines
	Entrevues de choix de résidence	N/A	1 semaine
	Stages à option	Stages d'immersion clinique	20 semaines – À l'étranger – ou En région – ou En recherche

Adapté de l'Université de Montréal (2017).

À l'Université de McGill, l'externat est aussi réparti sur deux années et est constitué essentiellement de stages avec immersion clinique. La première année va de juillet à juin de la troisième année alors que la deuxième année va plutôt d'août à avril de la quatrième année. La modalité pédagogique retenue est le « disciplines integrated assessments » qui n'est rien d'autre qu'un modèle d'évaluation intégrant différents domaines de la médecine. Le tableau 7 nous présente la structuration de l'externat à l'Université de McGill.

Tableau 7. L'Externat à la faculté de médecine de l'Université de McGill

Années	Activités	Méthodes pédagogiques	Organisation
3rd year	Impatient and consultation medicine & surgery block: - surgery clerkship, - internal medicine clerkship	- Disciplines integrated assessments (modèle d'évaluation intégré) ; – Clinical immersion courses	August to november (16 weeks).
	Family medicine & mental health Block: family medicine clerkship, psychiatry clerkship	-//-	December to march (16 weeks)
	Woman and child health & elective block: pediatrics clerkship, obstetrics & gynecology clerkship, elective clerkship.	-//-	March to june (16 weeks).
	Senior clerkship: geriatric medicine clerkship.	-//-	July (4 weeks).
4th year	Emergency medicine clerkship	-//-	August (4weeks)

	Public health & preventive medicine clerkship	-//-	September (4weeks)
	Elective clerkship	-//-	November (4weeks)
	Elective clerkship	-//-	December (4 weeks)
	Elective clerkship	-//-	December-January (4 weeks)
	Canadian Resident Matching Service interviews.	N/A	January
	Putting it all together - basic sciences and society	Lectures	February-March (4 weeks)
	Transition to residency	Small group	March/April (6 weeks + 2 weeks study time).

Adapté de l'University of McGill (2016).

L'externat à l'Université Laval dure 20 mois. Durant toute cette période, l'étudiant se trouve en établissements de santé. C'est donc une pédagogie de type stages d'immersion clinique qui est privilégiée ici. 2 formules d'externat sont retenues soient l'externat traditionnel (l'étudiant passe ces stages dans le réseau de la santé surtout dans les hôpitaux universitaires de la ville de Québec) ou alors l'externat intégré (l'étudiant choisit un hôpital parmi les trois suivants : Centre Hospitalier Régional de Lanaudière de Joliette, CISSS Rimouski-Neigette ou CSSS Alphonse-




Desjardins-Centre Hospitalier Affilié Universitaire du CISS-CA). Le tableau 8 ci-dessous présente la particularité de l'externat à la faculté de médecine de l'Université Laval.

Tableau 8. L'externat à la Faculté de Médecine de l'Université Laval

Années	Activités	Méthodes pédagogiques	Organisation
3 ^e et 4 ^e années	Stages obligatoires :		
	■ Stages en médecine familiale en région (8 crédits),	Stages	2 heures de cours, 18 heures de travaux pratiques ou de laboratoire, 4 heures de travail personnel.
	■ Stage en médecine (8 crédits)	Stages	-//-
	■ Stage en chirurgie (8 crédits)	Stages	-//-
		Stages	-//-

	– Stage en psychiatrie (8 crédits)	Stages	-//-
	– stage en soins aux personnes âgées et en fin de vie (8 crédits)	Stages	-//-
	– Stage en pédiatrie (8 crédits)	Stages	-//-
	– Stage en gynécologie- obstétrique (2 crédits)	Stages	3 heures de cours, 2 heures de travaux pratiques ou de laboratoire et 4 heures de travail personnel
	– Stage en médecine sociale et préventive (3 crédits)		5 heures de travaux pratiques ou de laboratoire et 1 heure de travail personnel

	<p>– Stage en anesthésiologie (2 crédits)</p>	Stages	13 heures de travaux pratiques ou de laboratoire et 2 heures de travail personnel
	<p>– Stage en urgence 1 (5 crédits)</p>	Stages	1 heure de cours, 1 heure de travaux pratiques et laboratoire et 1 heure de travail personnel
	<p>– Habiletés cliniques (1 crédit)</p>	Stages	5 heures de travaux pratiques et 1 heure de travail personnel
	<p>– Stages en radiologie diagnostique</p>	Stages	10 heures de cours, 5 heures de travaux pratiques ou de laboratoire et 6 heures de travail personnel.

	– Synthèse (7 crédits)	Stages	
	Stages prioritaires  Synthèse, intégration et préparation aux examens (2 crédits)  Suivi du développement des compétences IV (2 crédits)  Suivi du développement des compétences V (2 crédits).	Intégration des apprentissages Intégration des apprentissages et supervision Intégration des apprentissages	6 heures de travail personnel 6 heures de travail personnel 6 heures de travail personnel
	Stages optionnels 1 (3 à 12 crédits exigés) dans l'un des domaines suivants :		

	– Chirurgie cardiaque.	Stages	Travaux pratiques et travail personnel
	– Chirurgie générale	Stages	-//-
	– Chirurgie plastique	Stages	-//-
	– Neurochirurgie		
	– Obstétrique-gynécologie	-//-	-//-
		-//-	-//-
	– Ophtalmologie		
	–	-//-	-//-
	otorhinolaryngologie	-//-	-//-
	– Orthopédie	-//-	-//-
	– Urologie	-//-	-//-
	– stage IFMSA en chirurgie	-//-	-//-

	Stages optionnels 2 (3 à 12 crédits exigés) dans l'un des domaines suivants : <input type="checkbox"/> Biochimie médicale <input type="checkbox"/> Dermatologie <input type="checkbox"/> Médecine interne <input type="checkbox"/> Microbiologie médicale <input type="checkbox"/> Neurologie <input type="checkbox"/> Stage IFMSA	Stages -//- -//- -//- -//- -//- -//-	Travaux pratiques et travail personnel -//- -//- -//- -//- -//-
	Stages optionnels 3 (3 à 12 crédits exigés) dans l'un des domaines suivants : – Pédiatrie		

		Stages	Travaux pratiques et travail personnel
	<ul style="list-style-type: none"> – Stage IFMSA 		
	Stages optionnels 4 (3 à 12 crédits exigés) dans l'un des domaines suivants :	-//-	-//-
	<ul style="list-style-type: none"> – Médecine familiale 	Stages	Travaux pratiques et travail personnel
	<ul style="list-style-type: none"> – Médecine du travail 	-//-	-//-
		-//-	-//-
	<ul style="list-style-type: none"> – Physiatrie 		
	<ul style="list-style-type: none"> – Réadaptation 	-//-	-//-
	<ul style="list-style-type: none"> – Santé publique et médecine préventive 	-//-	-//-
		-//-	
	<ul style="list-style-type: none"> – Stage en IFMSA 		

	Stages optionnels 4 (3 à 12 crédits exigés) dans l'un des domaines suivants :		
	<input type="checkbox"/> Anesthésiologie	Stages	Travaux pratiques et travail personnel
	<input type="checkbox"/> Médecine génétiq��	-//-	-//-
		-//-	-//-
	<input type="checkbox"/> Médecine nucléaire	-//-	-//-
	<input type="checkbox"/> Microbiologie	-//-	-//-
	<input type="checkbox"/> Pathologie	-//-	-//-
	<input type="checkbox"/> Psychiatrie	-//-	-//-
	<input type="checkbox"/> Radiologie	-//-	-//-
	<input type="checkbox"/> Radio-oncologie	-//-	-//-
	<input type="checkbox"/> Recherche		
	Autres exigences au préexternat 1		

	(avoir au plus 3 crédits) – Sciences médicales – Sciences de recherche – Sciences cliniques	Petits groupes Stages Stages	Travaux pratiques et travail personnel Travaux pratiques et travail personnel Travaux pratiques et travail personnel
	Autres exigences au préexternat 2 (avoir au plus 9 crédits) – Langue anglaise – Sciences humaines et administratives – interdisciplinarité et collaboration – Interculturel	Petits groupes Grands groupes et petits groupes Grands groupes Grands groupes	Travaux pratiques et travail personnel Travaux pratiques et travail personnel Travail personnel Travail personnel

Adapté de l'Université Laval (2016).

2. 1^{ER} ET 2^E CYCLE DES ÉTUDES MÉDICALES EN France (FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS DESCARTES)

2.1. 1^{er} cycle des études médicales en France

La caractéristique française est la Première Année commune des Études de Santé (PAES ou PACES) qui accueille tous les étudiants-es désirant faire carrière en médecine, et ceci sans concours d'entrée et ni restrictions en matière de notes académiques ou scolaires. Au terme de cette première année, nous aurons trois catégories d'étudiants-es. Certains sont appelés à poursuivre leur parcours en médecine. Ceux-ci-elles-ci ont obtenu un meilleur rang dans le classement produit à l'issue du concours terminal du PAES. D'autres vont s'orienter dans d'autres disciplines en santé soit pharmacie, sage-femme, sciences infirmières, etc. Leur rang dans le classement n'était pas suffisant pour leur permettre de faire carrière dans le domaine tant souhaité. Enfin, les marginaux c'est-à-dire ceux qui du fait de leur classement seront appelés à se réorienter dans d'autres filières autres que les disciplines en santé. Si nous nous en tenons à la structuration des enseignements à la faculté de médecine de Paris (Faculté de médecine Paris Descartes, 2016)²²¹, la deuxième et la troisième année du Diplôme de Formation Générale en Sciences médicales (DFGSM 2 et 3) complètent la formation du premier cycle. Les objectifs poursuivis à ce niveau sont double.

²²¹ Faculté de médecine de Paris Descartes. (2016). Les études. Document téléaccessible à l'adresse

http://www.medecine.parisdescartes.fr/?page_id=27131. Consulté le 6 octobre 2016.

Tout d'abord amener l'étudiant-e à acquérir des connaissances scientifiques de base nécessaires à l'exercice de la profession médicale. Le second objectif est axé sur la différence entre l'homme sain et l'homme malade incluant ainsi tous les aspects de la séméiologie. Au terme de ce premier cycle, l'impétrant-e obtient un Diplôme de Formation Générale en Sciences médicales qui équivaut au grade de licence dans le système académique normal. Ce diplôme est la condition d'admission au second cycle des études médicales soit le Diplôme de Formation Approfondie en Sciences médicales (DFASM). Le tableau 9 ci-dessous présente le programme des études de premier cycle à la faculté de médecine de Paris Descartes.

Tableau 9. Le programme détaillé du premier cycle à la faculté de médecine de Paris Descartes

Années	Activités	Méthodes pédagogiques	Organisation
Première année des études de santé (PAES)	Semestre 1 : UE1 (atomes, biomolécules, génome, bioénergétique, métabolisme), UE2 (la cellule et les tissus), UE3 (organisation des appareils et des systèmes, bases physiques des	Cours théoriques	Semestre 1 : (UE1=88, 5 h, UE2=85, 5 h, UE3=87h). Le semestre 1 se conclut par la 1ère partie des épreuves de la PAES : 3x3h de QCM, donnant lieu à un classement.
	méthodes d'exploration,		

	<p>aspects fonctionnels).</p> <p>Semestre 2 : UE4 (évaluation des méthodes d'analyses appliquées aux sciences de la vie et de la santé), UE5 (organisation des appareils et systèmes : aspects morphologiques et fonctionnels), UE6 (initiation à la connaissance du médicament), UE7 (santé, société, humanité), UE8 (au choix : maïeutique, médecine-kinésithérapie, odontologie, pharmacie).</p>	Cours théoriques	<p>Semestre 2 : (UE4=33h, UE5=28, 5 h, UE6=33h, UE7=61, 5 h, UE8=24h)</p> <p>Le semestre 2 se conclut par la 2^{ème} partie des épreuves de la PAES : 3x3h de QCM, donnant lieu à un classement.</p>
Diplôme de Formation	Stage infirmier :	Pratiques	Septembre à fin octobre

Générale en Sciences médicales 2 ^e année (DFGSM2)	Initiation pratique à des gestes techniques, diagnostics et d'hygiène. Stage de sémiologie : Initiation à l'étude des signes des maladies.	Pratiques	Novembre à Mai
	Semestre 1 : UE1 (présentation des disciplines et des parcours), UE17A (pathologie générale), UE2 (sémiologie générale, psychologie médicale), UE3 (génétique et métabolisme), UE4 (cardiovasculaire et respiratoire), UE5 (anglais	Cours magistraux Tutoriels, Travaux dirigés.	Semestre 1 : UE1=3h, UE2=30h30, UE17A=8h, UE3=36h, UE4=70h, UE5=24h, UE8=50h30

	médical), UE8 (immunologie et hématologie),		
	Semestre 2 : UE11 (parcours spécifiques : informatique biomédicale, Langage de traitement des données pour la bio-informatique), UE6 (Système digestif et nutrition), UE7 (Système reins et voies urinaires), UE10 (dermatologie).	Cours magistraux Tutoriels, Travaux dirigés.	Semestre 2 : UE11=69h, UE6=56h, UE7=38h30, UE10=10h
Diplôme de Formation Générale en Sciences médicales 3 ^e année (DFGSM3)	Stages de sémiologie	Pratiques	3 matinées de 3 h par semaine pendant 9 semaines.
	Semestre 1 : UE12 (SN Anatomie), UE16	Cours magistraux Tutoriels, Travaux dirigés.	Semestre 1 UE12, UE16, UE15, UE11, UE18, UE5.

	(LCA Épidémiologie), UE15 (Santé, société et humanité), UE11 (Parcours métiers du médicament), UE18 (LCA Épidémiologie), UE5 (Anglais).		
	Semestre 2 : UE14 : (infectieux), UE13 (Appareil locomoteur), UE11 (parcours), UE5 (anglais), UE17B (anatomie)	Cours magistraux Tutoriels, Travaux dirigés.	Semestre 2 UE14=85.5h, UE11=150h, UE5=62h, UE17B=28h

2.2. Le 2^e cycle des études médicales en France

À la faculté de médecine de Paris Descartes, l'externat ou le deuxième cycle des études médicales fait suite au premier. Si au terme du premier cycle, l'étudiant-e obtient le Diplôme de Formation Générale en Sciences médicales (DFGSM1, DFGSM2 et DFGSM3), il obtient plutôt un Diplôme de Formation Approfondie en Sciences médicales (DFASM1, DFASM2, DFASM3). Ainsi de la première année à la troisième année c'est-à-dire du DFASM1 au DFASM3, les

étudiants-es sont en stage le matin et prennent les cours en après-midi. L'étudiant-e en médecine à ce niveau du cycle travaille sous la supervision d'un sénior ou alors d'un étudiant-e interne. Au terme de ce second cycle des études médicales, l'étudiant-e est appelé-e à passer les Épreuves Classantes Nationales Informatisées anonymes (ECNI). Celles-ci permettent à l'étudiant-e d'obtenir une affectation en qualité d'interne dans une spécialité de la médecine. Même si les stages en milieux hospitaliers ont permis à l'étudiant-e de construire des compétences de communicateur, de clinicien, de coopérateur, d'acteur devant évoluer dans une équipe multidisciplinaire, bref d'acquérir des compétences d'un médecin, celui-ci-celle-ci n'a pas le droit d'exercer en tant que tel. Le tableau 10 présente le programme non détaillé du deuxième cycle en sciences médicales et particulièrement à la faculté de médecine de Paris.

Tableau 10. Le programme non détaillé du premier cycle à la faculté de médecine de Paris
Descartes

Années	Activités	Méthodes pédagogiques	Organisation
Diplôme de Formation Approfondie en Sciences médicales 1	Pôle 1 (cardiologie, réanimation et pneumologie), Pôle 2 (hépatogastroentérologie, endocrinologie et nutrition), Pôle 3 (appareil locomoteur et dermatologie), UE9 (cancérologie),	Cours magistraux Dossiers cliniques	L'externat est la poursuite des études théoriques, complétées par la pratique, « au lit du malade ». – stage hospitalier le matin, – formation théorique l'après-midi, – gardes

		addictologie, radiologie, médecine narrative et relation thérapeutique.		
Diplôme de Formation Approfondie en Sciences médicales 2		Pôle 4 (pédiatrie), Pôle 4 (hématologie), Pôle 5 (psychiatrie, neurologie, ORL, stomatologie et ophtalmologie), Pôle 6 (gynécologie obstétrique, urologie et néphrologie), Module 4 (vieillissement), Module 8 (immunologie- pathologie), Séminaire, Option 1, Option 2.	Cours magistraux Dossiers cliniques	L'externat est la poursuite des études théoriques, complétées par la pratique, « au lit du malade ». – stage hospitalier le matin, – formation théorique l'après- midi, – gardes
Diplôme de Formation Approfondie en Sciences médicales 3		Module (antiinfectieux), Module 6 (accompagnement), UE10 (médicaments),	Cours magistraux Dossiers cliniques	L'externat est la poursuite des études théoriques, complétées par la pratique, « au lit du malade ». – stage hospitalier le matin,

	UE11 (urgences et défaillances, viscérales aiguës), séminaire (éthique, médecine du travail, santé publique), séminaire (préparation à l'ECN), séminaire (préparation à la LCA), Séminaire (imagerie pour l'ECN), Conférences Paris Descartes (préparation de l'ECN).		– formation théorique l'après-midi, – gardes
<p>Les ECNI, Épreuves Classantes Nationales Informatisées anonymes, permettent à tous les candidats-es ayant validé le 2^{ème} cycle des études médicales d'obtenir une affectation en qualité d'interne. Les candidats-es se présentent aux ECNi dès l'année universitaire durant laquelle ils-elles peuvent valider le 2^{ème} cycle. La procédure nationale de choix de la discipline et du centre hospitalier universitaire de rattachement est organisée en fonction du rang de classement obtenu par le-la candidat-e.</p>			

2.3. Le 3^e cycle des études médicales en France et au Québec

À la fin du second cycle, que ce soit en France ou au Québec, l'étudiant-e est obligé-e de passer par la phase de troisième cycle ou internat (France)/résidence (Québec) de durée variable soit de deux à trois ans pour la médecine générale/médecine de famille et de quatre à 7 ans pour les

spécialités. Le programme des études à ce niveau dépend de chaque spécialité. Ce qui nous amène à nous attarder beaucoup plus les spécificités des études médicales spécialisées.

2.3.1. La spécificité des études médicales au troisième cycle

Nous constatons que pour devenir médecin spécialiste, il faut au préalable être médecin généraliste. Le médecin spécialiste est donc un professionnel de santé diplômé de médecine générale. Celui-ci a poursuivi un minimum de cinq à sept années d'études (post-bac/médecine générale) de spécialisation dans un champ d'expertise (spécialités médicales et chirurgicales) et qui en a réussi tous les examens. La spécificité des études de médecine spécialisée se situe à plusieurs niveaux :

2.3.1.1. Les exigences d'admission

Pour être admis dans une filière de spécialisation en médecine, il faut au préalable satisfaire aux exigences générales d'admission dans le règlement des études de chaque spécialité. Ces critères peuvent être répertoriés comme suit :

Détenir un diplôme d'État de médecin généraliste,

Détenir un certificat d'immatriculation du collège des médecins du pays dans lequel la postulation se fera, cela peut être le collège des médecins du Québec par exemple pour les québécois, le

Conseil National des Médecins pour la France, l'Ordre National des médecins au Cameroun,

Avoir un dossier étudiant, incluant la lettre de motivation, des lettres de recommandation appuyant le dossier,

Un curriculum vitae retraçant le parcours professionnel et académique de l'étudiant,

D'autres exigences sont particulières à certains pays.

2.3.1.2. Le programme de formation

L'objectif général du programme en médecine spécialisée est de former des médecins spécialistes compétents-es dans un domaine spécialisé particulier. Ceci suppose qu'au terme de leur formation, tous les médecins spécialistes doivent être capables de :

Définir des problèmes de santé liés à leur spécialité spécifique,

Résoudre ces problèmes en fournissant les services nécessaires,

Adapter leurs actions en fonction des besoins des individus, selon l'évolution scientifique et technologique et selon les ressources humaines et matérielles accessibles,

Collaborer à la formation des professionnels-les avec lesquels ils-elles partagent des responsabilités,

Contribuer au développement des connaissances dans leur domaine d'expertise,

2.3.1.3. L'enseignement

L'enseignement dans les formations des médecins spécialistes est réparti en deux parties :

Les enseignements généraux. Il est surtout question dans ces enseignements de la méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique et épidémiologique dans chaque spécialité et, l'organisation, la gestion, l'éthique, le droit et responsabilité médicale dans ladite spécialité.

Les enseignements spécifiques. C'est la quintessence du programme de formation de chaque spécialité. On peut même dire que c'est à partir des enseignements spécifiques que le médecin devient réellement spécialiste d'un domaine médical.

2.3.1.4. La formation pratique

La formation pratique est la période pendant laquelle l'étudiant est confronté à des cas cliniques qui l'aideront à faire asseoir ses connaissances théoriques. Cette formation pratique est répartie comme suit :

Une période dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées dans la spécialité choisie,

Une période dans un service spécialisé dans le champ d'expertise choisie. Ce service doit être localisé dans un centre hospitalo-universitaire ou un centre conventionné agréé pour le diplôme de spécialité recherché,

Une période dans des services agréés pour la spécialité.

2.3.1.5. Une pluralité de spécialisation en médecine

Il existe plusieurs spécialités en médecine spécialisée²²². Nous allons dans ce chapitre présenter celles qui sont retrouvées dans presque toutes les universités européennes, américaines du nord, africaines. La durée des études dans chaque spécialité est celle applicable dans les universités européennes et de certaines universités américaines du nord. Chaque pays, chaque région organise

²²²Communication Médicale et Paramédicale indépendante n.d. (2012). *Les différentes spécialités après l'ENC*.
URL : <http://www.remede.org/documents/rubrique126.html> (consulté le 1 janvier 2012)

les études de spécialité en fonction de ses spécificités. Mais la référence étant surtout les universités européennes et américaines du nord. Ces spécialités peuvent être répertoriées comme présentées dans le tableau 11 ci-dessous.

Tableau 11. Les différentes spécialisations en médecine

Les spécialités en médecine		
Chirurgicales	Médicales	Autres spécialités
Stomatologie, oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, ophtalmologie, neurochirurgie,	Rhumatologie, radiodiagnostic et imagerie médicale, pneumologie, pathologies cardio-vasculaires, médecine du travail, biologie médicale,	Anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale, pédiatrie, psychiatrie, santé publique et médecine sociale

Toutefois, le tableau 12 reprend in extenso ces spécialités en mettant en exergue la spécialité, la qualification du-de la médecin résident-e ou interne, la durée de la formation, le diplôme obtenu et les observations apportées.

Tableau 12. Présentation des différentes spécialités médicales

Spécialité	Qualification du spécialiste	Durée de la formation	Diplôme obtenu	Observations

Anesthésie-réanimation	Médecin anesthésiste réanimateur	5 ans	DES ²²³ d'anesthésie-réanimation	Le médecin anesthésiste réanimateur a pour rôle d'évaluer l'état du patient, de l'informer sur le déroulement et les conséquences de l'acte anesthésique et enfin d'assurer les suites interventionnelles relevant de l'anesthésie-réanimation.
Ophtalmologie et chirurgie des yeux	Médecin ophtalmologiste	5 ans	DES d'ophtalmologie	Le médecin ophtalmologiste traite l'ensemble des affections de l'œil, des paupières ainsi que des voies lacrymales. Il assure également la correction des troubles de la vision, prescrit les lunettes ou

²²³ DES : Diplôme d'Etudes Supérieures

				lentilles, réalise des opérations chirurgicales des yeux.
Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale	Médecin oto-rhino-laryngologiste	5 ans	DES d'oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale	Le médecin oto-rhino-laryngologiste traite les maladies de la tête et du cou et spécialement celles de l'oreille, du nez et de la gorge.
Chirurgie générale	Médecin chirurgien généraliste	5 ans	DES de chirurgie générale	Le chirurgien généraliste traite les maladies chirurgicales les plus fréquentes pouvant dans la majorité des cas, être prises en charge de manière ambulatoire. Ce qui permet d'éviter une hospitalisation, sans pour autant mettre en danger la vie du patient et

				surtout de permettre au patient de bénéficier d'un traitement optimal dans un délai restreint.
Neurochirurgie	Médecin neurochirurgien	5 ans	DES de neurochirurgie	Le médecin neurochirurgien s'occupe des maladies chirurgicales concernant le système nerveux central et du système nerveux périphérique.
Stomatologie	Médecin stomatologue	4 ans	DES de stomatologie	Le stomatologue, médecin spécialisé en stomatologie, s'occupe du diagnostic et du traitement des maladies de la bouche.

Gynécologie médicale	Médecin gynécologue médical	4 ans	DES de gynécologie médicale	Le gynécologue médicale s'occupe du suivi gynécologique à tous les âges de la vie, de l'adolescence à la ménopause, du dépistage et la prévention des lésions de l'appareil génital féminin, de la prescription et le suivi de la contraception.
Gynécologie-obstétrique	Médecin gynécologue obstétricien	5 ans	DES de gynécologie-obstétrique	Le gynécologue-obstétricien s'occupe des maladies portant sur l'appareil génital féminin (maladies médicales, c'est-à-dire traitées par médicaments ; ou chirurgicales, traitées par la

				chirurgie). Il s'occupe aussi de la femme enceinte et à son futur enfant.
Rhumatologie	Médecin rhumatologue	4 ans	DES de rhumatologie	Le médecin rhumatologue s'occupe des maladies des os, des articulations, des muscles, des tendons et des ligaments ; mais aussi des affections neurologiques périphériques telles que la sciatique, l'ensemble des rhumatismes inflammatoires, les maladies auto-immunes.
Radiodiagnostic et imagerie médicale	Médecin radiologue	5 ans	DES en radiodiagnostic et imagerie médicale	Le radiologue est le médecin spécialisé dans toutes les techniques permettant d'obtenir les images de

				l'intérieur du corps afin de chercher et trouver les maladies ²²⁴ .
Pneumologie	Médecin pneumologue	4 ans	DES en pneumologie	Le médecin pneumologue s'occupe des maladies des poumons, des bronches, de la plèvre.
Cardiologie et Pathologies cardiovasculaires	Médecin cardiologue	4 ans	DES en pathologies cardiovasculaires	Le cardiologue vasculaire s'occupe des maladies concernant le cœur, la circulation sanguine ²²⁵ .
Biologie médicale	Médecin biologiste	4 ans	DES en biologie médicale	Le médecin biologiste s'occupe de l'exécution d'analyses sur les liquides biologiques et en

²²⁴<http://www.hopital.fr/Hopitaux/Le-dico-medical/Les-specialites-medicales/Radiodiagnostic-et-imagerie-medicale>

²²⁵<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/fr/>

				l'interprétation médicale des résultats dans le but de caractériser l'origine physiopathologique d'une maladie.
Médecine du travail	Médecin du travail	4 ans	DES en médecine du travail	Le médecin du travail s'occupe de la prévention des atteintes à la santé des travailleurs.
Médecine générale	Médecin généraliste	3 ans	DES en médecine générale	Les médecins spécialisés en médecine générale prennent en charge la santé de leurs patients dans leur contexte familial, communautaire, culturel, etc. Ils assurent des soins promotionnels, curatifs, palliatifs et de prévention des maladies.

Pédiatrie	Médecin pédiatre	4 ans	DES en pédiatrie	Le médecin pédiatre s'occupe du traitement, de l'orientation (vers les autres spécialistes) et des maladies des enfants de la naissance à l'adolescence, par opposition aux autres spécialités qui ne touchent que les organes ou les systèmes ²²⁶ .
Psychiatrie	Médecin psychiatre	4 ans	DES en psychiatrie	Le médecin psychiatre soigne les maladies mentales qui sont, des maladies reliées aux difficultés de la vie quotidienne ²²⁷ .

²²⁶ <http://sante.lefigaro.fr/sante/specialite/pediatric>

²²⁷ <http://www.ampq.org/index.cfm?p=page&id=2>

Santé publique	Médecin de santé publique	4 ans	DES en santé publique et médecine sociale	Le médecin de santé publique intervient sur la santé de la population et développe des stratégies visant à améliorer cette santé ²²⁸
Anatomie et cytologie pathologique	Médecin anatomo-pathologiste	5 ans	DES en anatomie et cytologie pathologique	Les anatomo-pathologistes aident les médecins consultants à poser le diagnostic et le pronostic d'une maladie à partir d'un prélèvement de cellules ou de tissus en utilisant un outil appelé microscope pour, analyser des prélèvements tissulaires ou liquidiens provenant de

²²⁸ <http://www.hopital.fr/Hopitaux/Le-dico-medical/Les-specialites-medicales/Sante-publique-et-medecine-sociale>

				l'activité chirurgicale, gynécologique, médicale ou radiologique.
Endocrinologie et métabolisme	Médecin endocrinologue	4 ans	DES en endocrinologie et métabolisme	Le médecin endocrinologue traite les maladies liées aux troubles du système endocrinien, telles que le diabète, l'hyperthyroïdie, et bien d'autres.
Hématologie	Médecin hématologue	5 ans	DES en hématologie	L'hématologue traite les maladies du sang, de la moelle osseuse et des ganglions lymphatiques. Il traite aussi les maladies du système de défense immunitaire.
Oncologie	Médecin oncologue	5 ans	DES en oncologie	Le médecin oncologue étudie et traite les cancers.

Dermatologie et vénérologie	Médecin dermato-vénérologue	4 ans	DES en dermatologie et vénérologie	Le médecin dermato-vénérologue traite les maladies de la peau, des cheveux, des ongles, des poils et des muqueuses ²²⁹ .
Gastro-entérologie et hépatologie	Médecin gastro-entéro-hépatologue	4 ans	DES en gastro-entérologie et hépatologie	Le gastro-entérologue traite toutes les maladies ou troubles fonctionnels du tube digestif de l'œsophage à l'anus y compris les organes annexes tels que le foie, la vésicule biliaire, le pancréas ²³⁰ .
Génétique médicale	Médecin généticien	4 ans	DES en génétique médicale	Le généticien traite les causes génétiques des maladies.

²²⁹<http://sante.journaldesfemmes.com/pratique/sante/les-specialistes/936/le-dermatologue.html>

²³⁰<http://www.lasante.net/metiersante/gastro.htm>

Médecine interne	Médecin interniste	5 ans	DES en médecine interne	Le médecin interniste intervient en milieu hospitalier dans la prise en charge globale des maladies chroniques ²³¹
Médecine nucléaire	Médecin spécialisé en médecine nucléaire	4 ans	DES en médecine nucléaire	Le médecin spécialisé en médecine nucléaire utilise des techniques d'imagerie médicale permettant d'obtenir des images physiologiques plutôt qu'anatomiques comme en radiologie.

²³¹ http://www.snfmi.org/data/ModuleGestionDeContenu/02_la_medinterne_et_vous/medecineinterne/383.asp

Médecine physique et de réadaptation	Médecin spécialisé en médecine physique et de réadaptation	4 ans	DES en médecine physique et de réadaptation	Il aide le patient victime soit d'un accident ou d'une maladie à se réintégrer à la place qui lui convient le mieux dans la société et/ou de lui conserver sa place.
Néphrologie	Médecin néphrologue	4 ans	DES en néphrologie	Le néphrologue traite les maladies des reins.
Neurologie	Médecin neurologue	4 ans	DES en neurologie	Le médecin neurologue traite les maladies (non chirurgicales) du système nerveux.

Chirurgie de l'appareil locomoteur ou orthopédique	Médecin orthopédiste	6 ans	DES en chirurgie orthopédique ou de l'appareil locomoteur	Le médecin orthopédiste traite les affections médicales et chirurgicales de l'appareil locomoteur (os, articulations, etc.).
Urologie	Médecin urologue	5 ans	DES en urologie	Le médecin urologue traite les maladies concernant l'appareil urinaire des deux sexes.

Source : Les différentes spécialités médicales (adapté des différentes spécialités après l'ENC) de www.remede.org/documents/rubrique126.html (consulté le 20/08/2012).

ANNEXE B

DÉFINITIONS, CONCEPTIONS ET DIMENSIONS DE L'AUTOFORMATION

Des théories et des conceptions permettent d'expliquer le comportement du sujet en situation d'autoformation. Après les avoir répertoriés et expliqués, nous allons présenter les liens existants entre autoformation et autoapprentissage.

1. L'autoformation, un concept polysémique

1.1. Conceptions et sources théoriques structurant l'autoformation

Disons pour commencer que l'autoformation s'émancipe notoirement en sciences de l'éducation dans la formation des adultes²³². Que ce soit avec le rapport « Enseigner et apprendre : vers la société cognitive » de la Commission européenne de 1995 ou avec le Mémoire de Lisbonne de 2000 sur l'éducation et la formation tout au long de la vie, nous constatons une intervention des sciences de l'autonomie en sciences de l'éducation (ou alors une ouverture des sciences de l'éducation vers les sciences de l'autonomie) inscrivant ainsi le sujet apprenant comme acteur ou actrice de son propre développement de connaissances.

Le groupe nominal « formation tout au long de la vie » consacre les efforts éducatifs autonomes perpétués par le sujet pour tout d'abord dépasser les comportements professionnels « routinisés »,

²³² « Bien que l'on puisse pressentir aux États-Unis quelques signes de la pénétration des thèmes de l'autoformation en éducation initiale » (Carré, 1993, p.17).

ensuite pour construire son identité professionnelle et enfin pour faciliter sa reconversion extraprofessionnelle²³³.

Il est certain que dans une société affectée par les effets de la mondialisation, la pullulation des offres de formation rencontre des offres d'emploi « assurant » l'épanouissement professionnel et individuel du sujet. Seulement l'instabilité professionnelle, découlant en partie de la difficile capacité du sujet à développer des compétences professionnelles, témoigne de l'inadaptation du sujet aux fluctuations du marché du travail imposant une perpétuation des compétences professionnelles et plus encore la flexibilité du sujet en situation de travail.

Il ne s'agira plus pour le sujet de se former mais de développer des compétences affermissant sa stabilité professionnelle et/ou facilitant sa reconversion professionnelle. « Cette double contrainte (la formation passe au second plan, la nécessité de développer des compétences au premier) place les salariés, appelés à devenir "travailleurs de la connaissance", en étau entre des injonctions contradictoires : apprendre plus pour travailler plus » (*Ibid.*, p.9) rencontrant ainsi l'intelligence découlant du courant nord-américain de l'autoformation encore appelé apprentissage autodirigé (Tough, 1971; Knowles, 1975).

Par apprentissage autodirigé ou "*self-directed Learning*" les auteurs entendent un ensemble d'efforts éducatifs autonomes c'est-à-dire déployés par le sujet apprenant lui-même pour acquérir

²³³ Ce qu'il fera à la retraite.

le savoir, le savoir-faire. Ce qui lui permet d'être capable d'agir sur le monde, les choses, les êtres ou alors de les transformer et/ou les influencer.

Le concept qui émerge ici est celui d'agentivité (Jézégou, 2014) se déployant dans un contexte où l'engagement dans le processus d'autoformation est sous-tendu non seulement par le degré de considération que le sujet attribue au résultat de sa performance²³⁴ mais aussi par le fait que le lien entre l'engagement en formation (et ici en résidence ou en internat) et la rétribution obtenue à la fin est visible et compréhensible²³⁵. N'excluons pas ici la notion de projet éducatif (Tough, 1971) soit une orientation autoréfléchie (Zimmerman, 2002) et autoréglée (*Ibid*) des efforts et des aspirations du sujet vers l'objet-but (Nutin, 1980; François, 2002).

La solidité de ce projet repose tout d'abord sur la projection de l'action éducative et celle-ci²³⁶ précédée de l'organisation de sa réalisation pour l'avenir. Conséquemment le suivi c'est-à-dire le contrôle ainsi que la mesure garantira l'atteinte des objectifs fixés. « En général, cependant, plus les apprenants sont conscients de leurs besoins d'apprentissage dans une situation donnée, plus ils peuvent planifier leur apprentissage avec plus d'efficacité » nous enseigne Knowles (1975, p.81, *traduction libre*).

Un autre concept émergeant de l'apprentissage autodirigé est la conscience et l'actualisation de soi (Knowles, 1975) qui n'est rien d'autre que le renouvellement des savoirs qui inaugurent chez

²³⁴ « L'apprentissage autodirigé commence avec la prise de conscience par les apprenants de certains besoins d'apprentissage » (Knowles, 1975, p.81, *traduction libre*).

²³⁵ « ce besoin peut consister à acquérir certaines connaissances ou aptitudes particulières afin d'obtenir certains avantages, comme un meilleur emploi » (*Ibid.*, *traduction libre*).

²³⁶ Projection

le sujet une volonté de réalisation qui s'étale sur toute la vie : « une plus grande estime de soi ou une plus grande compétence dans l'exercice d'un rôle; ou le besoin peut être simplement de jouir du plaisir d'apprendre ou de satisfaire une curiosité » (*Ibid.*, *traduction libre*).

Toutefois si « les gens ont besoin de la liberté de devenir » (Combs, Avila et Purkey, 1971, p.144, dans Knowles, 1975, p.67, *traduction libre*), cela n'est possible que dans un contexte éducatif démocratique c'est-à-dire où est privilégiée le dialogue et l'égalité en éducation : « La transformation de la philosophie éducative en Allemagne dans la génération occupée par la lutte contre l'indépendance nationale de Napoléon, peut être recueillie chez Kant, qui exprime bien l'idéal individuel-cosmopolite antérieur » (Dewey, 1916, p.95, *traduction libre*).

Cette actualisation de soi ne se fait pas au hasard. Elle passe par des perpétuelles remises en question structurant l'influence progressive du sujet apprenant sur le milieu dans lequel il évolue. « Ils ont la confiance et le courage de révéler leur vrai soi [...] Ils s'efforcent d'atteindre certains objectifs majeurs, sont stimulés plutôt que bloqués par des obstacles » soutient Tough (1971, p. 28, *traduction libre*).

Vu dans ce sens, L'apprentissage autodirigé puise dans les tendances pragmatiques de Dewey, du courant humaniste de l'actualisation de soi de Rogers et de la « pédagogie de la libération » illustrée par les travaux de Freire renforce Carré (1993).

Le contexte dans lequel se déploie l'apprentissage autodirigé semble se confondre avec la notion d'organisation qualifiante²³⁷ en milieu professionnel puisqu'ici la liberté est donnée au professionnel de développer des compétences individuelles étant bien entendu qu'il sera appelé à les justifier devant un parterre de pairs. On parlera alors d'autoformation collective.

Les compétences jusqu'alors individuelles deviennent collectives dès lors que le groupe décide de façon consensuelle de les ériger en compétences communément applicables dans l'organisation. Comme l'indique Zarifian (2008), l'institution et la vulgarisation de l'égalité et de la liberté intra-organisationnelle ou sociale facilitent la constitution des réseaux d'échanges de savoirs et par-là sont des soubassements de la construction de compétences. Dans ces forums d'échanges de savoirs, les conflits cognitifs soutiennent la réflexion individuelle et collective et donc l'adoption ou non de nouveaux comportements professionnels.

Au regard de ce qui précède, nous constatons que l'autoformation collective n'a de sens que si le développement de compétences individuelles est précédé d'un apprentissage individuel relié au corpus dans lequel s'inscrit le développement de nouvelles compétences. Ainsi les compétences développées dans le champ chirurgical ne peuvent provenir que de l'intégration des théories chirurgicales à la pratique dans ce champ.

Toutefois la construction, l'affinement et l'intégration des compétences développées par le professionnel est le fait de sa rencontre avec le-la superviseur-e et/ou des autres professionnels

²³⁷ L'organisation qualifiante définie comme étant « flexible, ouverte à l'autocontrôle et à la décentralisation des responsabilités, dépourvue de barrières hiérarchiques ou de cloisonnements entre ateliers ou services différents, propice à la mobilité des salariés, fondée sur la polyvalence et perfectible en permanence en fonction des niveaux de formation atteints » (Riboud, 1987, p.105), est la toile de fond de l'organisation apprenante.

avec le professionnel. On peut alors dire que les origines de l'autoformation collective se trouvent dans les théories constructivistes piagésiennes²³⁸ et socioconstructivistes vygotskiennes²³⁹.

La troisième conception de l'autoformation sera celle favorisée par la dématérialisation de l'éducation notamment avec l'éducation à distance ou dernièrement l'institutionnalisation des environnements hybrides hébergeant des cours hybrides. Si ici les enseignements sont dispensés aussi bien en synchrones qu'en asynchrones, il est important de signaler que le sujet bénéficie des privilèges éducatifs découlant de la puissance du cyberspace.

Cette autoformation « devenue "accompagnée", "tutorée", "assistée" » comme nous l'apprend Carré et Moisan (2002), se déploie dans un environnement hébergé par une plateforme numérique dans laquelle se rencontre à des moments institués un tuteur ou tutrice et un ou des apprenants-es. Ici l'apprenant-e télécharge des enseignements disposés sur la plateforme et il s'en approprie à un rythme déterminé de commun accord entre l'institution et l'étudiant-e. La réalisation des exercices se fait en asynchrones et leur évaluation en synchrones. Comme dans les deux premières conceptions de l'autoformation, la liberté, la motivation, l'engagement, l'actualisation de soi, etc. sont autant de concepts pouvant émerger de cette autoformation dite « éducative » (*Ibid.*). La réussite de cette autoformation éducative tient ainsi à la participation active du sujet à sa propre formation mais aussi à la rencontre des intérêts pédagogiques avec les centres d'intérêts de l'apprenant-e. Ce qui développe en le sujet l'esprit d'exploration et de coopération cher aux

²³⁸ Assimilation de l'objet ou de la situation; accommodation à l'objet ou à la situation et donc sa ou transformation par son environnement.

²³⁹ Favorisation des conflits cognitifs propices à la réflexion sur les comportements professionnels, à la construction et à l'intégration de nouveaux savoirs théoriques ou pratiques.

méthodes pédagogiques actives. Les origines de l'autoformation collective se trouvent ainsi comme nous l'enseigne Carré (2002, p.22) dans « l'éducation nouvelle (Freinet, Decroly), ou plus près de nous, chez les pionniers de l'"andragogie" (Schwartz, 1973, Knowles, 1985) ».

La quatrième conception de l'autoformation est celle que l'on peut qualifier d'émancipatrice puisque radicale vis-à-vis des canaux éducatifs institués. L'on parlera ici de l'autodidaxie comme étant un processus autonome d'acquisition de connaissances par le sujet ayant décidé de le faire en dehors des dispositifs éducatifs dits officiels. Du vocable autodidaxie en découle un autre plus récent soit autodidacte. Le caractère informel de cette forme d'autoformation n'exclut pas la confrontation du sujet avec des savoirs déjà constitués.

Avec la Validation des Acquis de l'Expérience, l'autodidaxie prend toute sa valeur du fait de la validation de l'expérience acquise de façon autonome par un diplôme. Cela veut dire que les apprentissages menés en situation d'autodidaxie sont assimilés « à un certain programme et même à du matériel spécialement préparé à leur intention » (Tremblay, 1986, p.21). L'autodidaxie n'est donc pas un processus désordonné. Il est orienté par des objectifs que le sujet a préalablement mis en place.

À la différence des trois autres formes d'autoformation, l'autodidaxie est un processus autonome ou en réseau mais en étroite relation avec les sociétés éducatives. Elle est différente de la formation sur le tas puisqu'ici l'apprentissage n'a de sens que lorsque l'on est confronté à l'action à laquelle on se prépare. L'autodidacte, bien que formé de façon informelle, pratique comme un professionnel formé dans une institution officielle. L'autodidaxie n'a de sens que par rapport à l'officiel.

Les sujets parce qu'ils originent des milieux modestes et n'ayant par conséquent pas « l'occasion d'avoir une formation poussée » sont obligés d'utiliser des canaux clandestins (c'est-à-dire en dehors des cadres éducatifs officiels) pour parvenir à leur formation. Signalons pour terminer que l'autodidaxie qui s'est accentuée lors du passage des pays occidentaux « des économies industrielles aux économies du savoir » tel que nous l'indique Carré (2005, p.3), trouve ses racines récentes chez des personnalités aux origines modestes « qui se sont distinguées comme autodidactes dans d'autres sphères et à diverses époques comme Goethe, Marc-Aurèle, Benjamin Franklin, Thomas Edison, Gorki, Winston Churchill » rappelle Tremblay (1986, p.12).

La cinquième conception de l'autoformation est « existentielle » nous dit Galvani (1997). Le vocable existentiel traduit le désir et l'effort du sujet de devenir. Autrement dit ce que devient le sujet n'est rien d'autre qu'une mise en forme ayant pour sens le dénominateur commun de tous les éléments engagés pour se faire soi. La quête de sens orientant ainsi la volonté créatrice de soi, diligente les éléments et les efforts engagés pour parvenir à un concept de soi satisfaisant. « Étymologiquement, former, donner ou créer une forme, c'est mettre ensemble des éléments dispersés [...]. L'idée principale semble être celle d'une unification créatrice par la mise ensemble des différents éléments » (Pineau, 1983, p.124).

L'unification des éléments dispersés n'est jamais ici un donné *a priori*. Autrement dit entre le sujet et l'étant (Heidegger, 1946), se crée une discussion (Aristote, 980) facilitant l'atteinte de la vérité c'est-à-dire l'ensemble des éléments susceptibles d'aider le sujet à atteindre son but. Il n'est plus question ici de s'éduquer mais de se donner une forme convenant aux aspirations du sujet. En

ce sens, «se former, se donner une forme, est une activité plus fondamentale, plus ontologique » nous dit Pineau (1983, p.112).

Plus encore cette réflexion sur soi et sur les éléments engagés dans le processus de création de soi, fait du résultat du devenir de l'être-au-monde non pas un but mais plutôt un objet-but c'est-à-dire la satisfaction obtenue au terme d'une longue période expectative et l'engagement du sujet étant sous-tendu par des supports motivationnels aussi bien relationnels qu'écologiques.

Il ressort ici que dans la dimension existentielle de l'autoformation, celle-ci n'est jamais une entreprise que l'on peut qualifier d'isoler. Autrement dit il existe des facilitateurs qui permettent au sujet de devenir ce qu'il a souhaité devenir. La dimension relationnelle est donc pour beaucoup dans la quête de sens et la formation du sujet.

En ce sens Pineau (1985, p.36, dans Galvani, 1997, p.9) dira « l'autoformation de la personne est vue comme la construction d'un système de rapports personnels à ces différents espaces²⁴⁰ ». Cette autoformation existentielle qui trouve tout son épanouissement dans l'anthropologie du blason et donc dans la prise en compte de l'imaginaire dans la mise en forme du sujet, a besoin de la tradition herméneutique et précisément de la pratique des histoires de vie pour faire remonter en surface l'expérience vécue par le sujet tout au long de sa mise en forme. Bien qu'elle tire ses racines dans les philosophies des Lumières « où l'on proclame que la vérité doit être universelle et libératrice, ou ne pas être » (Droit, 2008, p.318), l'autoformation existentielle s'émancipe comme l'indique

²⁴⁰ « Nous avons opté [...] pour une conception relationnelle et écologique de la personne, la voyant comme un support de rapports à différents espaces. Ces espaces, ces "coquilles humaines" s'emboîtent les unes dans les autres, depuis le plus proche, l'espace corporel, jusqu'au plus lointain (apparemment), l'espace métaphysique, en passant par l'espace habitat, l'espace physico-cosmique » (Pineau, 1985, p.36, dans Galvani, 1997, p.9).

Galvani (1997, p.7) dans les « réflexions qui se sont poursuivies dans le cadre du Groupe de Recherches sur l'Autoformation en France (GRAAF) » même si Pineau en est l'instigateur. Le tableau 1 ci-dessous reprend les cinq conceptions (ainsi que leurs sources) de l'autoformation tout en mettant en exergue leurs caractéristiques particulières.

Tableau 1. Les cinq conceptions de l'autoformation

Caractéristiques Conceptions	Définitions	Mots clés	Origines
Apprentissage autodirigé	Efforts éducatifs autonomes du sujet déterminés par un projet éducatif	Agentivité (Jézégou, 2014), liberté d'apprendre, Dewey, 1916), actualisation de soi (Knowles, 1975), conscience de soi (Knowles, 1975), autoréflexion (Zimmerman, 2002), projet (<i>Ibid.</i>), autorégulation (<i>Ibid.</i>), motivation (François, 2002), volition (Confessore, 2002), orientation vers des buts (<i>Ibid.</i>),	Pragmatisme de Dewey, courant humaniste de l'actualisation de soi de Rogers, pédagogie libératrice de Freire
Autoformation collective	Développement des compétences collectives précédé (et	Organisation qualifiante (Riboud, 1987), égalité	Constructivisme piagétien,

	sous-tendu par) des efforts autonomes de développement des compétences individuelles.	(Zarifian, 2009), liberté (Ibid.), organisation apprenante (Moisan, 1995)	socioconstructivisme vygotkien.
Autoformation éducative	Efforts éducatifs autonomes du sujet dans un projet d'éducation institué rencontrant les centres d'intérêt du sujet apprenant.	Accompagnement (Carré et Moisan, 2002), tutorat (Ibid.), participation active de l'apprenant (Ibid.).	Education nouvelle (Freinet, Decroly), pionniers de l'andragogie (Schwartz, Knowles).
Autodidaxie	Efforts éducatifs autonomes mobilisés en marge des dispositifs éducatifs officiels	Groupes informels de discussion (Tremblay, 1986), responsabilité et liberté dans l'apprentissage (Ibid.), motivation et volition (Bézille-Lesquoy, 2003).	Goethe, Marc-Aurèle, Benjamin Franklin, Thomas Edison, Gorki, Winston Churchill
Autoformation existentielle	Quête de sens et formation du sujet en lien avec le projet d'une construction de soi satisfaisante influencée par l'environnement dans lequel évolue le sujet	Construction transactionnelle de l'information (Galvani, 1997), mise en forme existentielle (Ibid.), actualisation d'une forme personnelle (Ibid.), processus vital	Quête de vérité libératrice des Lumières, Graaf, Pineau

		d'actualisation d'une forme personnelle (Pineau, 1983), hétéroformation (<i>Ibid.</i>), Écoformation (<i>Ibid.</i>), autos (<i>Ibid.</i>).	
--	--	---	--

De façon opérationnelle, nous aurons tout d'abord l'autoformation sociale c'est-à-dire le groupe ou le groupe de pairs qui aide le-la résident-e ou l'interne à sortir des difficultés. Autrement dit si le groupe fonctionne, il va de soi que la jugulation des épreuves rencontrées tout au long de l'internat ou de la résidence en médecine soit aisée.

Le collectif aide le sujet à traverser des situations de forte intensité émotionnelle (Caroly et Clot, 2004). Un-e résident-e ou un-e interne en médecine qui n'a jamais fait face à un décès aura tendance à exprimer son ressenti par une effusion émotionnelle (les pleurs). Le débriefing (psychologique) post traumatique dans le cadre d'une relation d'aide auprès du futur-e médecin l'aide à diminuer son niveau de détresse, à prévenir l'apparition de séquelles psychologiques et à faciliter l'expression émotionnelle.

Le rapport au sensible, plaçant ces impétrants-es dans une situation où ils-elles sont appelées à prendre des décisions médicales au milieu des expériences sensibles, affecte leur motivation et leur engagement dans les études médicales. Ils-elles vont se poser la question de savoir faudrait-il continuer ou pas dans les études médicales? Cela renvoie aux priorités qu'il ou qu'elle se donne tant sur le plan personnel que professionnel et la conciliation entre les deux. Nous nous trouvons ici dans le cadre de l'autoformation existentielle.

L'autoformation éducative renvoie quant à elle aux dispositifs qui permettent de sortir des difficultés pour les apprenants-es. Ainsi l'interne ou la-le résident-e en médecine obligé-e de passer sa résidence ou son internat dans un terrain clinique, va recourir aux dispositifs qui lui permettront de sortir indemne du péril. Cela peut être l'apport des superviseurs-es, la rencontre avec les mentors via les groupes de parole, les autres professionnels-les avec lesquels ou lesquelles il partage le même terrain clinique.

Quant à l'autoformation cognitive, elle réfère à l'engagement par le-la résident-e ou l'interne des stratégies visant à travailler plus vite. Ce qui caractérise le plus souvent ces futurs-es médecins c'est la lenteur dans l'administration du soin. Un soin qui pouvait être fait en 15 minutes sera plutôt exécuté en 30 minutes voir 1 heure. Tout ceci parce que le novice n'a pas encore le métier dans la main (Clot, 2010). Ainsi dans les concertations avec les superviseurs-es, les autres professionnels-les, les patients-es et les familles, l'interne ou le-la résident-e s'aide des carnets de bords ou de tout autre appareil électronique pour enregistrer les procédés d'administration de soins dans lesquels il-elle éprouve des difficultés.

Face aux superviseurs-es, il peut dire son désarroi. Il peut aussi apprendre d'eux ou d'elles les bons sites, à adopter les bons raisonnements et à les construire si nécessaires. Le schéma 1 ci-dessous expose la relation entre les différentes formes d'autoformation que nous venons de présenter.

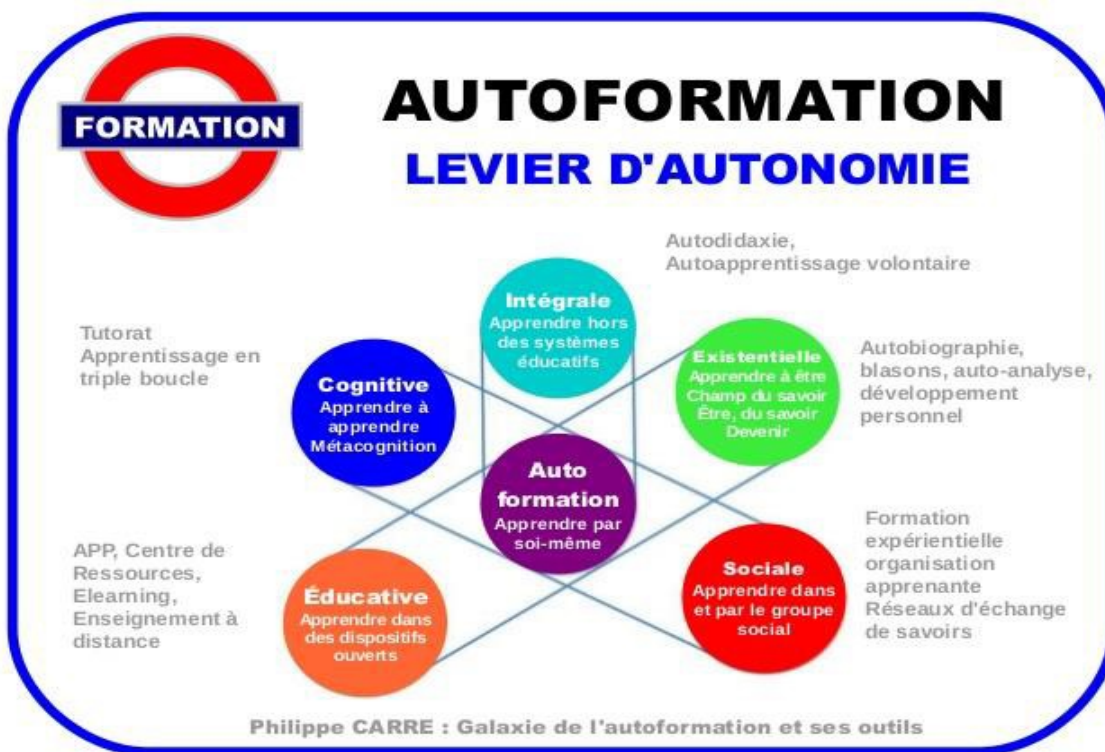


Schéma 1. Apports et différenciations des types d'autoformation

Ces conceptions de l'autoformation ne s'excluent pas les unes les autres comme nous l'apprend Galvani (1997) et comme constaté dans le schéma 1 ci-dessus. Leur distinction/regroupement tient compte de l'approche privilégiée dans le processus de formation.

1.2. Les approches privilégiées dans les conceptions de l'autoformation

Les conceptions de l'apprentissage autodirigé, de l'autoformation sociale et de l'autoformation dite éducative épousent les idées de l'approche technico-pédagogique où « l'autoformation est surtout envisagée comme un processus individuel d'acquisition de connaissances », rappelle

Galvani (1997, p.7). Ici le sujet s'instruit pour s'adapter à un corpus ou alors pour réussir lorsque confronté à des situations-problèmes.

Le stimulus ou le déclencheur du processus d'acquisition de connaissances est la situation-problème. Dans le cadre de l'apprentissage par problème, la conception de l'apprentissage autodirigé facilitera non seulement la détection de ce qui fait problème (la difficulté) mais aussi le processus de revue de littérature. Bien qu'étant une activité *a priori* individuelle, l'apprentissage par problème s'épanouit dans la confrontation avec l'autre. Les conflits cognitifs, soutenant ainsi les autoréflexions et les autorégulations, participent de la mise en forme collective des sujets confrontés à une situation-problème.

Cette autoformation sociale est aussi présente dans l'autoformation « tutorée » ou éducative dans laquelle bien que le tuteur ou la tutrice aide le sujet à développer des comportements susceptibles de l'aider à bien se tenir professionnellement, le sujet bénéficie aussi des apports des autres participants-es dans le cadre des activités réalisées en asynchrones. C'est ce que l'on observe avec le portfolio électronique (Karsenti et Colin, 2011), qui du fait de sa flexibilité²⁴¹, facilite le passage de l'individu au groupe restreint et du groupe restreint au réseau (Karsenti et Colin, 2012).

Ainsi le sujet ou le groupe consulte le portfolio électronique lorsque les connaissances dont ils disposent ne les permettent pas de faire face à la situation-problème en présence. Les réalisations des autres collègues constituent pour ceux-ci ou celles-ci une référence sur laquelle ils-elles vont se baser pour trouver la solution à leur situation-problème. Le processus de réflexion pourra aussi

²⁴¹ Annihile les problèmes de formation liés au temps et au lieu

se faire dans le cadre des activités réalisées en synchrones notamment dans les forums électroniques. Ce qui permet aux étudiants-es et utilisateurs ou utilisatrices de partager leurs expériences sous la supervision institutionnelle et/ou de stages (Wenger, 2011) mais aussi de sauvegarder la verbalisation du vécu expérientiel indispensable à la visualisation de la pratique réflexive.

Quant à la conception de l'autoformation intégrale ou autodidaxie, elle se rallie à l'approche socio-pédagogique où « l'autoformation est surtout envisagée comme un processus d'adaptation sociale émancipatrice dans les sociétés éducatives », stipule Galvani (1997, p.7). Même si le sujet se forme en marge des dispositifs éducatifs officiels, il développe des compétences en lien avec les activités de la vie quotidienne.

Si le groupe nominal activités de la vie quotidienne réfère à un ensemble d'activités contribuant à la satisfaction des besoins du sujet, il n'est pas sans ignorer que la participation sociale de celui-ci exige de lui qu'il n'en soit pas pour autant dépendant. Cela veut dire que les comportements développés par le sujet lui permettront de pouvoir vivre avec ses concitoyens-nes. C'est donc « la dimension *éducation* qui inspire l'approche socio-pédagogique qui vise le développement de démarches intellectuelles appliquées à la vie quotidienne » nous rappelle Galvani (1997, p.8).

Si l'éducation découle de la confrontation du sujet avec l'autre ou les autres, il revient au sujet d'intérioriser tels aspects ou tels autres tout dépendant des intérêts poursuivis. D'ailleurs le concept

de “ *self education*”²⁴² ” appuie non seulement notre thèse mais nous autorise aussi à dire que l’engagement du sujet dans un processus de validation des acquis de l’expérience, est une preuve que celui-ci, à un moment donné de son histoire développementale, a décidé de se faire soi en marge du réseau de l’éducation officiel. Et si les expériences acquises lui permettent aujourd’hui de s’autoréaliser sur le plan social, la reconnaissance de ceux-ci par l’octroi d’un diplôme ou de l’équivalent contribue à son accomplissement socioprofessionnel.

L’interne ou le médecin résident-e est en situation d’autonomisation. Et si nous nous en tenons au contexte de leur travail, le-la superviseur-e est très souvent absent-e. Ils-elles sont donc obligés-es de trouver des solutions lorsque confrontés-es à des cas cliniques complexes ou inédits. Il ne s’agira plus d’appliquer à la pratique les connaissances théoriques apprises. Il s’agira ici de développer des savoirs y faire pour satisfaire les besoins de leurs patients-es. Le caractère émancipatoire (Dumazedier, 2002) de la volonté du-de la résident-e ou de l’interne déterminera l’issue de la résolution du problème.

Enfin la conception existentielle de l’autoformation rentre dans le sillage de l’approche biocognitive de l’autoformation où « l’autoformation désigne le processus existentiel de mise en forme de soi » comme nous l’apprend Galvani (1997, p.7). La mise en forme de soi est orientée par la quête de sens qui précise la formation reçue ou à recevoir par le sujet. Autrement dit le « processus d’émergence de la forme personnelle » bien que se réalisant dans le rapport du sujet avec les autres espaces avec lesquels il entre en relation, il est d’abord une entreprise ontologique

²⁴² « L’éducation ainsi définie peut résulter soit de l’action d’autrui (c’est l’acception primitive et la plus générale), soit de l’action de l’être même qui l’acquiert. On se sert quelquefois dans ce dernier cas de l’expression anglaise *self-education* » (Vocabulaire philosophique Lalande, PUF, dans Galvani, 1997, p.8).

c'est-à-dire désirée par le sujet en situation d'autonomisation. Ainsi si pour devenir médecin, il faudrait recevoir une formation de médecin, c'est le sujet qui désirant devenir médecin qui se forme et reçoit en même temps une formation de médecin. Les tableaux 2 et 3 ci-dessous reprennent non seulement les conceptions associées aux différentes approches mais aussi met en exergue la différenciation existante entre les différentes approches.

Tableau 2. Dimension de la formation privilégiée dans chaque approche de l'autoformation

Dimensions Approches	Instruction	Education	Formation
Technico-pédagogique	X		
Socio-pédagogique		X	
Bio-cognitive			X

Tableau 3. Rapprochement des approches et des conceptions de l'autoformation

Approches Conceptions	Technico-pédagogique	Socio-pédagogique	Bio-cognitive
Apprentissage autodirigé	X		
Autoformation collective	X		
Autoformation éducative	X		
Autodidaxie		X	
Autoformation existentielle			X

Loin de voir en ces conceptions et approches des sources théoriques de l'autoformation des constructions distinctes c'est-à-dire ne pouvant pas s'interpénétrer, Dumazedier (2002, p.50) les réduira sous le groupe nominal de processus convergents.

« L'autoformation d'aujourd'hui est dans des proportions variables le résultat de trois opérations éducatives convergentes. C'est d'abord une pratique d'auto développement d'un sujet social apprenant, qui approfondit toute expérience par une recherche de connaissance et qui concrétise toute recherche de connaissance par une application dans la pratique. Ensuite, l'autoformation serait vite limitée sans le choix périodique par le sujet social de médiations scolaires et extra-scolaires, qui permettent d'atteindre les sources nécessaires de la compétence et du savoir. Enfin, ce serait naïf de croire que la pratique de l'autoformation ne serait qu'un produit de la vie indépendant, assisté ou guidé, scolaire ou péri-scolaire, souvent associatif ».

1.3. Interpénétrations des différentes conceptions de l'autoformation dans la dimension privilégiée

Ainsi les conceptions et approches décrites ci-dessus contribuent toutes à des moments différenciés mais ensemble à la formation du sujet en situation d'autonomisation. Si avec Dumazedier (2002), le maître a perdu sa place de dispensateur de connaissances au profit des élèves qui sont devenus-es acteurs ou actrices principaux ou principales de leur propre développement de compétences, la dimension existentielle est pour beaucoup aussi bien dans l'instruction, dans l'éducation que pour la formation contribuant ainsi ensemble à la mise en forme du sujet et donc à la réalisation de soi de celui-ci dans un concept de soi satisfaisant.

Dans l'approche techno-pédagogique, la dimension de la formation privilégiée est l'instruction qui réfère étymologiquement au latin "*intruere*" qui signifie bâtir. Bâtir quant à lui fait référence à l'action volontaire d'élever sur le sol à l'aide de matériaux assemblés. Le référent de l'instruction de l'apprenant-e est l'acquisition de connaissances (savoirs, savoir-faire) contribuant au perfectionnement progressif de celui-ci ou celle-ci. Puisqu'on parle ici de perfectionnement individuel, l'accumulation de connaissances ne peut plus être subjectif mais plutôt objectif en ce sens qu'elle contribue à la transformation du sujet apprenant et de la société²⁴³.

L'approche sociopédagogique quant à elle promeut le vocable éducation qui vient du latin "*educere*" signifiant conduire vers un but. Y émerge ici deux idées. Tout d'abord l'idée de cheminement ou d'évolution centrée sur la personne. Ensuite celle de valeur c'est-à-dire ce à quoi une personne est digne de considération ou d'estime. D'où l'émergence ici du concept de perfectionnement individuel, moral, intellectuel, etc.

Toutefois dès lors que l'on parle de bonne ou de mauvaise éducation, cela dépend de la perspective axiologique dans laquelle nous nous situons. Nonobstant la perspective axiologique privilégiée, il existe un lien tacite entre l'idée d'instruire et celle d'éduquer. Autrement dit l'accumulation de connaissances participe du perfectionnement individuel, moral ou intellectuel. Plus encore la valeur de l'éducation d'une personne se mesure par la valeur du contenu éducatif accumulé par celle-ci.

²⁴³ Le sujet évoluant dans un écosystème social bien identifié.

Dès lors que ce contenu éducatif à accumuler s'inscrit dans l'optique d'imposer une forme, nous entrons plutôt dans le champ de la formation, dimension privilégiée par l'approche bio-cognitive. Toutefois si l'éducation s'apparente à un aspect objectif, la formation est plutôt subjective. L'intelligence émergente ici est la transformation du sujet éduqué afin que son comportement socioprofessionnel soit conforme aux normes qui déterminent et orientent le cheminement individuel.

L'interne ou le-la résident-e en chirurgie devra se conformer aux normes et règles de pratique de sa filière de spécialisation sinon il-elle en sera exclu-e. L'idée de formation laisse donc fuser l'idée de violence nécessaire. Le schéma 2 ci-dessus situe de façon spatiale la place de la formation et donc de l'approche bio-cognitive par rapport aux autres approches.

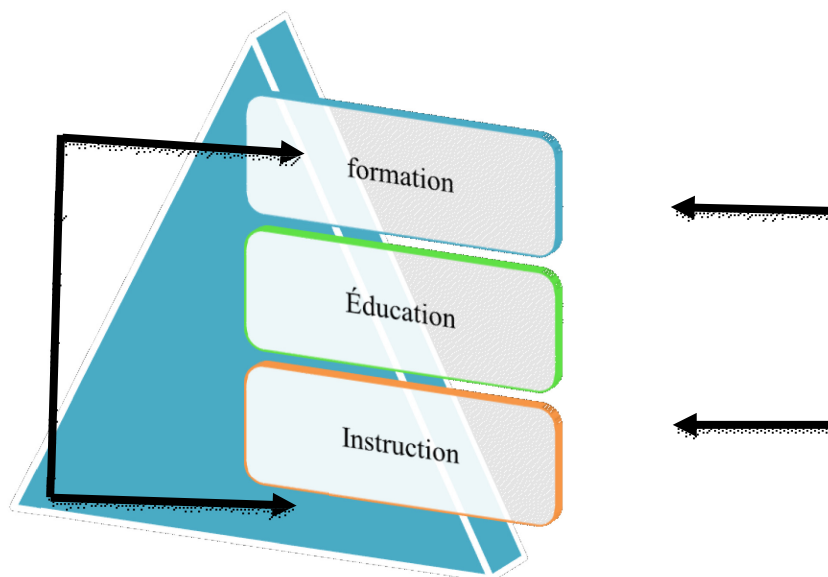


Schéma 2. Situation spatiale de la formation par rapport à l'instruction et l'éducation

Ce schéma reprend les liens entre les trois dimensions privilégiées par les approches de l'autoformation. Il met aussi en exergue la formation de l'individu comme étant l'intérêt certain et indéniable de l'éducation. Et si nous nous référons à Galvani (1997, p.15), la formation dans le sens de la conception bio-cognitive est une construction de l'information dans « une interaction avec l'environnement ». Seulement « le noir fait partie du quotidien » (Nietzsche, 1875, p.369). Cela veut dire que cette interaction du sujet avec l'environnement se passe aussi bien le jour que dans la nuit.

Avec Pineau (1983, p.17), la nuit constitue le moment privilégié de construction de l'information : « la nuit ouvre au procès de formation un espace/temps où peut émerger et se développer un contre-pouvoir aux pouvoirs des maîtres et contre-maîtres officiant le jour. Ce contre-pouvoir éducatif qui trouve en la nuit un bouillon de culture privilégié, c'est celui de l'autoformation ».

ANNEXE C

LA PROFESSIONNALISATION DES PARCOURS DE FORMATION

1. DISCOURS SOCIAUX ET PROFESSIONNELS AUTOUR DU CONCEPT DE PROFESSIONNALISATION

Le terme « professionnalisation » constitue depuis quelques années une préoccupation institutionnelle majeure notamment lorsqu'il s'agit de repenser les formations professionnelles (Robin, 2003 ; Demazière, 2009). Il constitue aujourd'hui un enjeu important pour les organismes de formation professionnelle, pour les entreprises et pour les laboratoires de recherche en sciences sociales et humaines (Mohib, 2011 ; Maubant, 2013 ; Jorro, 2014 ; Barbier et Wittorski, 2015). Il pose le problème de la formation professionnelle en termes de choix et de mise en place du processus d'apprentissage et de la modalité de professionnalisation à adopter. La sociologie des professions s'est emparée du concept. Elle considère que l'émergence de cette notion est liée au souhait de certaines professions, comme le droit ou la médecine, de protéger leurs professions en veillant notamment à leur autonomie et au contrôle de leur accès. L'usage du concept de professionnalisation concerne donc en premier lieu des professions dites intellectuelles. Il vise aussi à assurer la reconnaissance sociale des professions concernées au regard d'autres activités considérées comme des métiers (Vézinat, 2010). La professionnalisation s'adresse à des professions considérées comme complexes et évolutives (Ardouin, 2010). En ce sens, la professionnalisation propose aussi de renforcer la formation professionnelle préparatoire à ces professions, ce qui donne aux universités le monopole de la formation et surtout le contrôle d'accès à ces professions. Mais cela suppose que les universités soient en mesure de rompre avec une

pédagogie unique au service de la transmission de savoirs savants et de favoriser le transfert de ces savoirs en milieu de pratique (Scallon, 2004). Ce qui nous conduit à rappeler que professionnaliser a deux objectifs : professionnaliser des activités voire des métiers et professionnaliser des formations ou des parcours de formation. La professionnalisation des parcours de formation post-secondaire conduit à renforcer l'adéquation de la formation et de l'emploi (alternative 1).

Elle vise aussi à terme non seulement l'employabilité, mais aussi l'insertion professionnelle de l'étudiant-e finissant-e (alternative 2) ? Les travaux scientifiques consultés soulignent combien les universités aujourd'hui mettent tout en œuvre pour réussir le pari d'une professionnalisation des parcours de formation conduisant à l'employabilité de l'étudiant-e. Cela nous rappelle aussi que le taux d'insertion professionnelle des étudiants-es finissants-es contribue à améliorer l'image et la réputation de l'établissement universitaire comme l'affirment Wittorski (2007) et les autres chercheurs en formation des adultes (Proglio, 2009 ; Charbonneau, Samson et Rousseau, 2014). Contrairement à la première alternative qui prône la réplique en formation des tâches à exécuter en entreprise (institution, hôpital, etc.) insistant sur l'identification de routine professionnelle (Lacourse, 2008), l'alternative 2 met beaucoup plus l'accent sur les reliances à établir entre expérience professionnelle, pensée réflexive et compétence professionnelle (Ardouin et Lacaille, 2009).

L'expérience est la connaissance du réel par l'usage (Rogalski et Leplat, 2011). Il peut arriver que le sujet reste au seul niveau de ce réel. Or, pour dépasser le rapport routinier au réel, l'étudiant doit être invité à interroger ce réel et ses connaissances du réel. L'étudiant-e, peut aussi décider, par

lui-même, de mettre en question ses expériences, au travers de situations d'apprentissage formel, informel ou non formel (Werquin, 2010).

De ce questionnement, de cette confrontation entre différentes sources de connaissances, il en ressortira des connaissances nouvelles pour l'étudiant-e nécessaires non seulement à la résolution des situations professionnelles inédites, mais aussi à la formation des futurs-es professionnels-les si ces nouvelles connaissances sont généralisées. Corollairement, un apprentissage réussi conduit à une professionnalisation efficace, pertinente et efficiente assurant le développement professionnel individuel et collectif en conformité avec les besoins de l'économie du marché (Pentecouteau, 2012). Signalons que la préoccupation actuelle des décideurs ou des décideuses publics est de résoudre la problématique de l'insertion des jeunes, face à une crise de l'emploi qui perdure (Postiaux et Romainville, 2011 ; Tardif, 2013). L'usage du concept de professionnalisation, dans un contexte de restructuration du marché du travail, s'explique ici par l'objectif de tout faire pour l'insertion professionnelle. En proposant au lecteur ou à la lectrice un détour dans l'histoire de la sociologie en général et de la sociologie des professions en particulier, nous lui rappelons que le concept de professionnalisation fait débat. Le concept de professionnalisation n'est pas une notion nouvelle (Hirtt, 2009).

« Outre que ce terme de professionnalisation pourrait *a priori* apparaître comme un effet de mode, il semble important d'en comprendre ses fondements, ses conditions d'émergence tant du point de vue des recherches en sciences de l'éducation que du point de vue des discours sur et pour la professionnalisation, ses valeurs ajoutées, ses retombées attendues » (Maubant et Roger, 2012, p.1).

2. ÉTAT DE TENSION MIS EN ŒUVRE DANS LA SOCIOLOGIE DES PROFESSIONS AUTOUR DE LA PROFESSIONNALISATION

2.1. Détour historique

La sociologie est née dans un contexte de révolution industrielle et politique ayant entraîné un bouleversement des structures sociales essentielles (Fontaine, 2009). Depuis le milieu du XIX^e siècle, deux conceptions diamétralement opposées de la sociologie s'affrontent. La conception durkheimienne²⁴⁴ « “positiviste” c’est-à-dire à la fois objectiviste, académique et conçu sur le modèle des sciences “dures” » (Dubar, 2006, p.2) naît au 19^{ème} siècle.

C’est une sociologie descriptive prenant en compte le fait social et en considérant qu’il n’est pas réductible à la somme de ses parties. Pour Durkheim, il y a continuité entre l’individuel et le collectif, entre le psychologique et le social. Quelques années plus tard, la conception wébérienne²⁴⁵ est qualifiée de « compréhensive » (*Ibid.*, p.4). Cherchant à rompre avec la sociologie de Durkheim, la sociologie de Weber est centrée sur les individus et notamment sur la recherche du sens qu’attribue le sujet à ses actions. Cette sociologie influencera Boudon et Bourdieu, deux sociologues représentatifs de l’école française de sociologie. La sociologie durkheimienne se développera et coexistera aux côtés d’une sociologie américaine incarnée par l’École de Chicago. Officieusement fondée par Simmel²⁴⁶ et qualifiée de sociologie

²⁴⁴ « Lorsque Durkheim et ses collègues (Mauss, Bouglé, Simiand, Fauconnet...) créent l’Année sociologique, en 1898, ils le font pour des raisons proprement scientifiques et “académiques” [...] et pour des motivations politiques et “démocratiques” » (Dubar, 2006, p.2).

²⁴⁵ « Si l’on prend maintenant l’exemple allemand, la naissance de la sociologie, à partir de l’approche historique (Marx, Tönnies, Sombart, Weber) ne correspond ni au modèle “positiviste” de la sociologie durkheimienne, ni à la tradition “ethnographique” et inductive de Chicago » (*Ibid.*, p.4).

²⁴⁶ « Robert Park, qui devient dans les années 1920 la figure la plus marquante de la sociologie de Chicago, avait été l’élève de Simmel » (Agard, 2002, p.127).

interdisciplinaire, puisqu'elle ne « sépare pas sociologie, psychologie et philosophie » (Dubar, 2006, p.3), la sociologie de l'École de Chicago défend une méthodologie ethnographique. Elle procède par induction. Ce qui permet au-la chercheur-e d'ancrer la compréhension et l'interprétation des données dans l'ordinaire de vie des acteurs et des actrices tel énoncé par Agard (2002).

Une nouvelle conception sociologique naîtra en 1920, nourrie des thèses freudiennes. Qualifiée de sociologie clinique (De Gaulejac, Hanique et Roche, 2012), cette sociologie influencera, Rogers si nous nous en tenons aux propos de Dubar (2006). Elle considère que le sujet se construit grâce à ses premiers liens affectifs. Dès lors, il est important que le sociologue prenne connaissance des perceptions du sujet pour « participer à son expérience dans toute la mesure où les communications verbale et non verbale le permettent, de capter la signification personnelle des paroles de l'autre bien plus que de répondre à leur contenu intellectuel » (Paillé et Muchielli, 2013, p.144). La sociologie clinique s'inspire donc de la démarche psychanalytique pour pénétrer la perception consciente du sujet afin de découvrir dans l'inconscient de celui-ci les désirs refoulés qui influencent l'agir communicationnel et professionnel du sujet à ce moment présent. À partir du XXe siècle, l'on observe l'éclosion d'un pluralisme de courants sociologiques ayant chacun leur vision systémique de la société. Pour les sociologues culturalistes²⁴⁷, le comportement du sujet est influencé par la culture du milieu dans lequel il évolue. Dans cette conception sociologique qui a influencé l'Amérique du Nord et principalement les États-Unis, l'univers terrestre est divisé en aires culturelles ayant chacune leur perception de ce qu'est la construction d'une identité propre

²⁴⁷ Benedict, Linton, Kardiner

(Petiteville, 1995). Les sociologues fonctionnalistes²⁴⁸ scrutent les phénomènes sociaux dans une logique globale c'est-à-dire que la société doit être analysée à partir de son fonctionnement et non de sa culture. En d'autres termes, l'agir collectif détermine l'agir individuel (Durkheim, 1922). Les sociologues structuralistes²⁴⁹ affichent une vision holiste dans laquelle ils observent des « structures cachées ordonnant les phénomènes sociaux dont les acteurs ne sont pas conscients » affirme Fontaine (2009, p.3). Autrement dit, ils proposent de négliger le sujet au profit de la prise en compte des structures sociales qui déterminent sa conduite et ses pratiques. Les sociologues interactionnistes²⁵⁰ opèrent une « recherche des significations en partant du sens vécu des acteurs » (*Ibid.*) dans lequel on observe non seulement la saisie de l'ordinaire de vie, mais aussi des significations que les sujets attribuent à leurs actes (Goffman, 1974).

L'individualisme méthodologique²⁵¹ affiche un raisonnement dans lequel on observe un « effet d'agrégation des comportements individuels. Les acteurs sont considérés comme rationnels » (*Ibid.*). En d'autres termes, « le tout est la somme des parties (agrégation), l'individu est l'atome logique » (*Ibid.*). Le sociologue part de l'individu pour comprendre et expliquer la société.

2.2. Mouvement de professionnalisation/déprofessionnalisation

C'est dans ce contexte de dissension entre différents courants sociologiques que naîtra, en 1930, la sociologie anglo-saxonne des professions dans un conflit opposant surtout les sociologues

²⁴⁸ Malinowski, Merton

²⁴⁹ Foucault, Benveniste

²⁵⁰ Blumer, Mead

²⁵¹ Watkins, Agassi

interactionnistes et les sociologues fonctionnalistes (Carr-Saunders et Wilson, 1933). L'objet du débat est la question de l'institutionnalisation des métiers et celle de l'établissement d'une véritable différence entre les notions d'« occupation » et de « profession ». Deux conceptions de la professionnalisation s'affrontent, celle cherchant à prendre en compte des métiers et celle favorisant la reconnaissance des professions établies. Ce débat conceptuel et théorique révèle un autre débat, celui de professionnalisation versus la déprofessionnalisation. Ce double mouvement contradictoire de professionnalisation et de déprofessionnalisation sera expliqué par l'existence d'antinomies constatées dans les prises de position des deux courants de pensée sociologiques (Champy, 2009, dans Vézinat, 2010).

Alors que les sociologues fonctionnalistes défendent l'idée que les professions sont caractérisées par la détention d'une habileté de haut niveau dans une spécialité professionnelle précise, les sociologues interactionnistes considèrent que même les professions rangées dans la catégorie des occupations ou des activités disposent également des savoirs professionnels.

Si, au XIX^e siècle, la sociologie des professions a contribué à institutionnaliser les métiers, c'est-à-dire à attribuer un caractère officiel et durable aux « occupations » remplissant ainsi les critères permettant de les ranger dans la catégorie de « profession », elle se consacre aujourd'hui à susciter une transformation du système éducatif afin que celui-ci soit utilisé efficacement au service de l'économie (Sapiro, 2006). Lorsque Agulhon affirme que « toute formation doit aujourd'hui professionnaliser le jeune impétrant » (Agulhon, 2001, p.92), c'est dans la perspective d'amener les étudiants-es, pendant leur formation professionnelle, à construire et développer des compétences suffisantes afin qu'ils-elles puissent affronter, non seulement les exigences du

contexte de travail, mais aussi les exigences des situations complexes de travail à venir. En d'autres termes, tenir ensemble l'exigence d'insertion et l'exigence d'adaptation au travail.

2.3. Professionnalisation comme quête de compatibilité entre profession et économie du marché : les dispositifs de professionnalisation

2.3.1. Qu'entendons-nous par compétences ?

Cela veut dire qu'« une personne ne pourra vraiment être reconnue comme “compétente” que si elle est capable, non seulement de réussir une action, mais aussi de comprendre pourquoi et comment elle s'y prend pour agir. [...] Être compétent, c'est également agir avec autonomie, c'est-à-dire être capable d'autoréguler ses actions, de savoir compter sur ses propres ressources, rechercher les ressources complémentaires, être en mesure de les transférer, c'est-à-dire de réinvestir ses compétences dans des contextes distincts » (Le Boterf, 2002, p.3). Être compétent c'est devenir capable de donner la réponse juste au moment opportun nous l'apprend Tardif (2003). En d'autres termes, « une personne, ou un collectif de personnes, ne peuvent être déclarés compétents qu'après avoir traité avec succès la situation à laquelle ils sont confrontés, pas avant » (Jonnaert, Moussadak et Rosette, 2009, p.21). Ainsi, lorsque nous nous trouvons devant un professionnel, l'on s'attend à ce qu'il mobilise les savoir-faire appropriés à la situation. L'on s'attend aussi à ce qu'il se soucie de nous en manifestant un savoir être respectueux en notre endroit (Piot, 2009 ; Demazière, 2014).

Ce qui nous amène à définir la compétence comme étant un réseau de connaissances (savoirs, savoir-faire, savoir-être) susceptibles d'être mobilisées de façon coordonnée par le sujet pour

efficacement faire face à la situation professionnelle en présence. Ce « savoir mobilisé » consacre le « savoir transféré », c'est-à-dire l'intelligence conçue comme l'aptitude du sujet à s'adapter aux situations nouvelles. Cependant, les connaissances à mobiliser doivent être en relations, s'appliquer à une famille de situations et être orientées vers une finalité. Toutefois, il n'existe pas de compétence sans individu. En d'autres termes, la compétence est toujours un savoir agir individuel combiné à un interagir en situation professionnelle. Mais l'individu en action a agi de façon critique pour éviter de se justifier dans l'optique de ne pas « s'autosatisfaire » (Perrenoud, 2001). Il a également agi de façon constructive pour profiter de l'expérience acquise au décours de la réalisation de la présente action dont les savoirs et acquis pourront être réinvestis dans la réalisation des actions à venir.

2.4. Professionnalisation comme quête de travailleurs flexibles

La construction d'une posture réflexive n'est possible, selon nous, qu'au sein même du contexte de travail, en favorisant un aller-retour permanent entre théorie et pratique à partir duquel se consolide les savoirs d'expérience stipule Perrenoud, (2001). Les savoirs d'expérience sont les « savoirs y faire » acquis sur-le-champ de la pratique (Paquay, Altet, Charlier et Perrenoud, 2001). Autrement dit, ce sont des connaissances explicitables comme le notifient dans leurs écrits Rogalski et Leplat (2011) et elles sont élaborées par le stagiaire ou le professionnel à partir des expériences qu'il a vécues sur le terrain de la pratique. Pour y parvenir, le-la professionnel-le ou futur-e professionnel-le a besoin de connaissances, c'est-à-dire de ressources internes, pour faciliter l'usage et l'exploitation de son expérience en assurant « la réflexion dans l'action, la réflexion sur l'action et la réflexion à partir de l'action, conditions du recours judicieux de toute

compétence » affirme Tardif (2003, p.40). Ce qui corrobore la thèse selon laquelle la formation professionnelle initiale ne se résume pas à la transmission de connaissances, elle devient un instrument au service de la société apte à produire des travailleurs capables d’accomplir des tâches variées et donc de maîtriser des compétences variées. La formation professionnelle se conçoit alors comme une entité produisant des travailleurs rentables, c’est-à-dire aptes à effectuer plusieurs tâches complexes dans un milieu professionnel.

2.5. La professionnalisation comme processus de formation visant l’amélioration de la professionnalité des formés

Le développement professionnel individuel et collectif apparaît comme la condition *sine qua non* visant à adapter le professionnel à ce contexte d’émergence de nouveaux besoins socio-économiques exprimés en termes de savoirs et de compétences. Deux voies permettent au sujet d’améliorer ou d’acquérir la professionnalité : la professionnalisation ou l’apprentissage. La première piste, celle de la professionnalisation, désigne la mise à disposition de différents dispositifs de travail/formation sous-tendue par un désir social et institutionnel d’améliorer la professionnalité des individus dans leur exercice professionnel et par la prescription de compétences mesurables. Dans ce cadre, la professionnalisation vise l’amélioration de l’insertion professionnelle des formés (Demazière, 2009) comme constaté dans le tableau 1.

Tableau 1. Éléments facilitant la compatibilité entre profession et économie du marché

Instances de professionnalisation	Dispositifs de la professionnalisation
-----------------------------------	--

<p>Le champ du travail</p> <p>Organisation qualifiante (Zarifian, 1994) : facilite la construction des compétences individuelles.</p> <p>Organisation apprenante (Argyris et Schön, 1978) : facilite la construction des compétences collectives.</p>	<p>Activité d’auto-analyse du travail via les portfolios</p> <p>Élaboration des objectifs pour améliorer les connaissances initiales,</p> <p>Propositions à élaborer pour fonder l’activité professionnelle</p> <p>Acquisition des expériences individuelles.</p> <hr/> <p>Communautés de pratiques</p> <p>Mise ensemble des individus</p> <p>Capitalisation et partage des expériences individuelles</p> <p>Interactions sociales et conflits cognitifs,</p> <p>Adoption des nouvelles normes de procédures</p> <p>Formalisation des expériences adoptées.</p>
<p>Le champ intermédiaire (entre champ de travail et champ formationnel) : structures d’insertion socio-professionnelle, milieux de conseil, consultants, offreurs...</p>	<p>Accueil et orientation des adultes (jeunes et vieux) et orientation vers un projet de formation ou d’insertion professionnelle,</p> <p>Mise à disposition d’une documentation auprès des milieux éducatifs et professionnels,</p> <p>Actualisation de l’information sur l’emploi et mise à la disposition du public,</p> <p>Synergie entre les services d’orientation et d’emploi.</p>
<p>Le champ formationnel</p>	<p>Modalités d’apprentissage (autoformation, formation par alternance, etc...)</p>

Définir le concept de professionnalisation sous l’angle de l’apprentissage et des situations de formation, conduit à désigner le processus d’acquisition de savoir-faire, de compétences intégrant l’individu comme acteur et reconnaissant la dynamique de construction des connaissances, tout en

ne négligeant pas le rôle combien important joué par l'effet des interactions sociales sur ce processus de construction. Au regard du tableau 3, nous proposons d'identifier une relation d'antériorité d'acquisition des savoirs (ou des compétences) du processus apprendre par rapport au processus de professionnalisation. Selon nous, l'apprentissage est une condition de la mise en œuvre de parcours de professionnalisation. Bourgeois et Durand (2012, p.10) ne diront rien d'autres quand ils affirmeront que « la “formation” à elle seule ne peut pas et ne pourra jamais tout : bon nombre de compétences, par nature, ne peuvent efficacement s'acquérir que dans et par l'exercice de l'activité de travail et non avant et/ou à côté ; en outre, certaines compétences acquises en formation ont besoin d'être mises durablement en pratique pour être réellement maîtrisées ».

ANNEXE D

**EXEMPLE DE PRODUCTION DE QUELQUES ÉNONCÉS PHÉNOMÉNOLOGIQUES
DES PRODUCTIONS BIOGRAPHIQUES D'EMMA**

Tableau 7

Unité de signification naturelle	Thème central	Analyse du thème central
1. E. 1.0.1 : « En médecine au tout début. Eh eh mon père est médecin » [code E 1].	Son père est médecin	Le père du sujet est médecin.
2. E. 1.0.2 : « Et ma mère est infirmière » [code E 2].	Sa mère est infirmière.	La mère du sujet est infirmière
3. E.1.0.3 : « Je pense que c'est un peu ce qui m'a mis sur la voie » [code E 3].	Elle pense que c'est ce qui l'a mis sur la voie	Le sujet pense que c'est ce qui l'a mis sur la voie de la médecine.
4. E. 10.4 : « Non c'est moi-même » [code E 4].	Elle dit que c'est elle-même.	Le sujet dit que c'est lui-même
5. E.1.0.5 : « Ma mère ne voulait pas que je fasse médecine » [code E 5].	Sa mère ne voulait pas qu'elle fasse médecine.	La mère du sujet ne voulait pas qu'il fasse médecine.
6. E. 1.0.6 : « Et mon père ne m'a pas forcément poussé » [code E 6].	Son père ne l'a pas poussé.	Le père du sujet ne l'a pas poussé à faire médecine.
7. E. 1.0.7 : « Et au final les années avancent et après le baccalauréat, ça m'attirait bien » [code E 7].	La médecine l'attirait bien après le baccalauréat.	La médecine attirait le sujet après le baccalauréat.
8. E. 10.8 : « Je voulais faire vétérinaire au début et je suis	Elle voulait faire vétérinaire mais parce qu'elle est	La médecine vétérinaire attirait bien le sujet. Mais du

allergique aux animaux. Et du coup j'ai fait médecine ». [code E 8].	allergique aux animaux, elle fait médecine.	fait de son allergie pour les animaux, il plutôt fait médecine.
9. E. 1.0.9 : « Il m'a soutenu. Il m'a beaucoup conseillé. Oui » [code E 9].	Son père l'a soutenu. Il l'a beaucoup conseillé.	Le sujet a bénéficié du soutien et des conseils de son père médecin.
10. E. 1.10 : « Oui on échangeait beaucoup ouais ! » [code E 10].	Elle échangeait beaucoup avec son père.	Le sujet a eu beaucoup d'échanges avec son père médecin.
11. E. 1.11 : « Déjà ça me permet d'extérioriser quand j'ai des cas comme ça. Ça me permet de prendre du recul ». [code E 11].	L'échange avec son père lui permet d'extérioriser quand elle a des cas. Ça lui permet aussi de prendre du recul.	En échangeant avec son père, le sujet extériorise quand il a des cas. Ce qui lui permet de prendre du recul.
12. E. 1.12 : « Ça me permet aussi de bénéficier de l'expérience déjà des autres médecins avec qui on échange » [code E 12].	L'échange avec son père lui permet aussi de bénéficier de l'expérience des autres médecins.	Ça permet aussi au sujet de bénéficier de l'expérience des autres médecins avec lesquels elle échange.
13. E. 1.13 : « En général c'est un débriefing. La situation était déjà passée. Donc j'avais déjà tout vérifié toute seule. Et après c'est un débriefing. Ça ne m'arrive pas souvent. Mais de temps en temps ça m'arrivait. On en parlait des cas un peu plus difficiles différents de ce qu'on	Une fois la situation passée, elle appelle son père pour un débriefing pour partager une expérience.	Une fois la situation passée, le sujet appelle son père pour débriefing. Ce qui lui permet non seulement de partager une expérience mais d'en profiter aussi.

rencontre d'habitude. Donc donc c'était un débriefing pour partager une expérience. Mais moi j'ai toujours fait comme, de toute façon ce n'est pas la même spécialité ». [code E 13].		
14. E. 1.14 : « mon père fait réanimation médicale. Moi je fais médecine générale. Alors ce qu'on trouve en parallèle entre les deux c'est la prise en charge globale du patient » [code E 14].	Ce qu'elle trouve de parallèle entre la réanimation médicale et la médecine générale c'est la prise en charge globale du patient.	Le parallèle que le sujet trouve entre la spécialité de son père, la réanimation médicale, et la sienne, la médecine générale, c'est la prise en charge globale du patient.
15. E. 1.15 : « Après ce n'est pas du tout la même approche. Quand même on est surtout sur de l'urgence en réanimation alors qu'en médecine générale pas autant que ça. Ce n'est pas du tout pareil ». [code E 15].	La différence entre les deux est qu'en réanimation on est surtout sur l'urgence alors que ce n'est pas autant cela en médecine générale.	La différence entre les deux spécialités est qu'en réanimation médicale on est beaucoup plus sur de l'urgence ; ce qui n'est pas le cas en médecine générale.
16. E. 1.16 : « Si si ça m'apporte du soutien. Ça me permet d'expliquer des situations, de partager des situations, de partager des expériences ». [code E 16].	(L'échange avec son père) lui apporte du soutien. Ça lui permet d'expliquer les situations, de partager des expériences »	(L'échange avec son père) apporte du soutien au sujet c'est-à-dire ça lui permet d'expliquer des situations et de partager des expériences.

17. E. 1.17 : « Après on a toujours dans nos stages un vétérinaire, des médecins avec qui ça se passe bien. Ils prennent ce rôle aussi. Ils partagent leurs expériences aussi ». [code E 17].	Elle dit qu'il y a dans leurs stages des médecins avec qui partagent leurs expériences.	Le sujet trouve dans ses stages des médecins, des vétérinaires avec lesquels il est en bons termes. Ce qui lui permet, dans les échanges avec eux, de profiter de leurs expériences.
18. E. 1.18 : « Donc je ne dirais pas que l'information est meilleure parce que j'ai des parents médecins par rapport à celui qui n'a pas de parents qui ne sont pas du tout dans le milieu quoi » [code E 18].	Elle ne trouve pas meilleure l'information qu'elle reçoit de son père médecin par rapport à celui ou celle dont le père n'est pas médecin.	Le sujet ne trouve pas meilleure l'information qu'il reçoit de son père médecin par rapport à celui ou celle dont le père n'est pas médecin.

ANNEXE E

CANEVAS D'ENTRETIEN PRÉLIMINAIRE

NB : L'ordre des thèmes est à titre indicatif. Ils seront abordés en fonction de la dynamique de l'entretien.

Profil des étudiants

Sexe

État civil

Âge

Nombre d'enfants à charge

Formation médicale initiale

Filière de spécialisation choisie

Le degré d'engagement et de satisfaction des médecins résidents-es et médecins internes dans leur cheminement académique

Satisfaction dans le choix de la filière de spécialisation

Fluctuation de l'engagement

Temps consacré aux études

Événements externes et internes à la formation provoquant un changement dans l'engagement de l'étudiant

Histoire de vie professionnelle

Pouvez-vous nous identifier au moins deux moments difficiles vécus lors de votre parcours de résidence ou d'internat?

Quels étaient les éléments déclencheurs de ces problématiques?

Quelles solutions ou stratégies avez-vous mis en place pour remédier à ces problématiques?

Stresseurs occupationnels

Épuisement professionnel

Éléments stresseurs au travail

Stratégies actives d'adaptation

Éléments informels participant à l'apprentissage expérientiel du sujet

Rapports avec les superviseurs

Rapports avec les autres membres de l'équipe de soins

Connaissances acquises dans la confrontation avec le-la patient-e et les autres professionnels-les

Réaction du-de la médecin résident-e ou de l'interne face à la nouvelle information qu'il-elle ne détenait pas.

Les besoins manifestés par les étudiants

Quel élément ou facteur extérieur peut renforcer votre engagement pour qu'il reste toujours très fort?

Quelles nouvelles questions souhaiteriez-vous encore traiter sur votre engagement dans la présente formation?

ANNEXE F

LE GUIDE D'ENTRETIEN EN VOIE DE STABILISATION

RÉCIT MOTIVATIONNEL ET D'ENGAGEMENT EN FORMATION MÉDICALE

Le-la résident-e ou l'interne peut-elle/il nous parler de sa motivation à faire les études médicales?

R : motivations extrinsèques

R : motivations intrinsèques

R : mobile

R : motif

R : besoins

Le-la résident-e ou l'interne est-il satisfait dans son cheminement académique

R : liberté dans l'opération du choix d'engagement en médecine

R : liberté dans le choix de la filière de la résidence ou de l'internat

R : fluctuation de l'engagement

R : temps consacré aux études

R : événements externes et internes à la formation provoquant un changement dans l'engagement du-de la résident-e ou de l'interne

R : Réopération du même choix de résidence ou d'internat

RÉCIT DE PARCOURS

Le-la résident-e ou l'interne peut-il/elle nous parler des difficultés rencontrées et le cas échéant, des solutions trouvées?

R : embûches, deuils, résolutions, arrêts

R : moments forts

R : temps les plus stressants

R : questions financières

Le-la résident-e ou l'interne peut-il/elle nous parler de son parcours en rapport avec son expérience intérieure?

R : perception de lui-même ou d'elle-même avant et après

R : modification de la confiance de soi

Le-la résident-e ou l'interne peut-il/elle nous parler de son parcours en lien avec les autres résidents-es ou internes, avec les superviseurs, avec les autres membres de l'équipe, avec les patients, avec les membres de la famille?

R : solitude

R : travail en équipe

R : travail collaboratif ou coopératif

R : réseautage à divers niveaux

R : conflit/harmonie avec la famille des patients-es

RÉCIT ACADÉMIQUE

Le-la résident-e ou l'interne peut-il nous parler de sa formation en lien avec son acquisition de compétences?

R : acquisition de savoirs théoriques

R : acquisition des savoirs d'action

R : acquisition des savoirs expérientiels

R : acquisition des compétences

R : solidarité

R : plus ou moins grande utilité

R : lien entre le cours théorique et la pratique

Le-la résident-e ou l'interne peut-il/elle nous parler de son expérience de la théorie en lien avec la pratique ou avec ses objectifs professionnels?

R : Transfert des apprentissages

R : apports sur les plans personnel et professionnel

Le-la résident-e ou l'interne peut-il/elle nous parler des stressseurs occupationnels?

R : Épuisement professionnel

R : Éléments stressseurs au travail

R : Stratégies actives d'adaptation

Le-la résident-e ou l'interne peut-il/elle nous parler des éléments informels ayant participé à son apprentissage expérientiel?

R : Rapports avec les superviseurs

R : Rapports avec les autres membres de l'équipe de soins

R : Connaissances acquises dans la confrontation avec le-la patient-e et les autres professionnels

R : Patient-e expert

R : Réaction du-de la résident-e ou de l'interne face à la nouvelle information qu'il/elle ne détenait pas

RÉCIT DE VIE

Le-la résident-e peut-il/elle nous parler de la conciliation de ses études avec les autres facettes de sa vie?

R : famille, conjoint

R : travail simultané et lien entre ce travail et ses études

R : quotidien

Le-la résident-e ou l'interne peut-il/elle nous parler de son rythme de vie ainsi que de la prise en compte de ses besoins en lien avec ses études?

R : santé

R : hygiène de vie

R : consommation de drogues

R : implications dans les groupes associatifs

Le-la résident-e ou l'interne peut-il/elle nous parler de ses proches en lien avec ses études

R : vision de ses proches

R : impact de ces proches

R : soutien de ses proches

La-le résident-e ou l'interne peut-il/elle nous parler de son avenir en lien avec sa formation

R : future vie professionnelle

R : suite : doctorat

Le-la résident-e ou l'interne peut-il/elle nous livrer ce que sont pour lui/elle les clefs de la réussite de son internat ou de sa résidence?

R : et si c'était à refaire

R : activités préparatoires qui auraient été utiles pour y arriver

R : subtilités utilisées

R : contournement des tensions et des obstacles

R : ajustements opérés

Le-la résident-e ou l'interne peut-il/elle nous parler de son histoire de vie professionnelle?

R : deux moments difficiles vécus lors de son parcours de résidence ou d'internat

R : éléments déclencheurs de ces problématiques

R : les solutions ou stratégies mises en place pour remédier à ces problématiques

BESOINS MANIFESTÉS PAR LE-LA RÉSIDENT-E OU L'INTERNE

R : Facteur extérieur renforçateur de l'engagement

R : Nouvelles questions à traiter souhaitées

ANNEXE G

**EXEMPLES D'ANALYSE CONCEPTUELLE D'EXTRAIT TIRÉ DE LA
PRODUCTION BIOGRAPHIQUE D'EMMA**

Tableau 7

Unités de signification naturelles.	Catégorie conceptualisante
« En médecine au tout début. Eh eh mon père est médecin. Et ma mère est infirmière. Je pense que c'est un peu ce qui m'a mis sur la voie » [code E 1].	Orientation par référence à la forme identitaire parentale
« Non c'est moi-même. Ma mère ne voulait pas que je fasse médecine. Et mon père ne m'a pas forcément poussée. Et au final les années avancent et après le baccalauréat, ça m'attirait bien. Je voulais faire vétérinaire au début et je suis allergique aux animaux. Et du coup j'ai fait médecine » [code E 2].	Choix (professionnel) librement opéré
« Il m'a soutenu. Il m'a beaucoup conseillé. Oui. »	Soutien du père
« Oui on échangeait beaucoup ouais ! Déjà ça me permet d'extérioriser quand j'ai des cas comme ça. Ça me permet de prendre du recul. Ça me permet aussi de bénéficier de l'expérience déjà des autres médecins avec qui on échange » [code E 4 à code E5].	Capitalisation expérientielle objectivée par l'échange avec le père
« En général c'est un débriefing. La situation était déjà passée. Donc j'avais déjà tout vérifié toute seule. Et après c'est un débriefing. Ça ne m'arrive pas souvent. Mais de temps en temps ça m'arrivait. On en parlait des cas différents	Partage d'expérience facilité par le débriefing

de ce qu'on rencontre d'habitude. Donc donc c'était un débriefing pour partager une expérience. Mais moi j'ai toujours fait, comme, de toute façon ce n'est pas la même spécialité » [code E 6].	
« Mon père fait réanimation médicale. Moi je fais médecine générale. Alors ce qu'on trouve en parallèle entre les deux c'est la prise en charge globale du patient [code E 7 à E 8].	Parallélisme entre la réanimation médicale et la médecine générale (établi sur la prise en charge globale du patient).
« Après ce n'est pas du tout la même approche. Quand même on est surtout sur de l'urgence en réanimation alors qu'en médecine générale pas autant que ça. ce n'est pas du tout pareil ». [code E 8].	Dissemblance (entre la réanimation médicale et la médecine générale) établie sur de l'urgence en réanimation.
« Si si ça m'apporte du soutien. Ça me permet d'expliquer des situations, de partager des expériences » [code E 11].	Partage d'expérience facilité par le débriefing
« Après on a toujours dans nos stages un vétérinaire, des médecins avec qui ça se passe bien. Ils prennent aussi ce rôle aussi. Ils partagent leurs expériences aussi. Donc je ne dirais pas que l'information est meilleure parce que j'ai des parents médecins par rapport à celui qui n'a pas de parents qui ne sont pas du tout dans le milieu quoi » [code E 12].	Capitalisation expérientielle facilitée par l'interaction avec les médecins vétérinaires.
« Si ça facilite. Après quoi je n'ai jamais voulu rentrer dans ce jeu-là. Quand j'arrive quelque part je ne me présente pas comme la fille de. J'essaie au contraire de rester discrète sur ça	Désir de se faire soi dénué de l'influence du père

<p>pour que les gens au contraire se fassent une propre idée de moi sans avoir été influencés par quelqu'un d'autre avant. En général et c'est sûr qu'après au final quand ils font le lien ça peut faciliter les choses » [code E 13].</p>	
---	--

ANNEXE H

**INTÉGRATION DES CATÉGORIES FAISANT PARTIE DE LA MODÉLISATION DU
PROCESSUS D'AUTOFORMATION D'EMMA**

Tableau 8

LÉVIERS AUTOFORMATEURS		
Facteurs de protection		
Stratégies d'adaptation défensives développées par le sujet pour faire face aux facteurs de risques. L'homéostasie découlant d'un processus complexe débouchant sur l'équilibration entre les facteurs de protection et les facteurs de risque ou l'adversité (Anaut, 2015; O'Dougherty Wright, Masten et Narayan, 2013; Terrisse, 2009). En lien avec la structure organisationnelle et notamment le sujet en situation de travail, les facteurs de protection sont des stratégies défensives élaborées par les travailleurs et travailleuses et ici les internes et résidents-es pour minimiser l'impact de la souffrance sur leur appareil psychique ou alors pour que celle-ci ne soit pas immédiatement repérable (Dejours, 2016).		
1.1. Facteurs de protection individuels : caractéristiques individuelles permettant au sujet de supporter les coûts reçus tout au long de son processus de professionnalisation (Connor et Davidson, 2003).	1.2. Facteurs de protection interactionnels : résultent de l'interaction entre l'interne et la famille, son réseau social et/ou sa communauté et procure à celui-ci de la sécurité, de la protection, du soutien, des soins, l'amour, etc. (Cyrlunik, 2006; Seligman, 2012).	1.3. Facteurs de protection environnementaux : ce sont des facteurs ou des ressources (culturels, sanitaires, sociaux, etc.) inhérents à la vie de l'interne qui l'aide à s'adapter aux facteurs de risque (Békaert, Masclet et Caron, 2012, 2012; Jourdan-Ionescu, Ionescu, Bouteyre, Roth, Méthot, et Vasile, 2011)
1. Catégorie : capacité à avoir du recul en cas de situation stressante « Face au stress eh, quand il y a une situation qui me stresse, je sens qu'il y a trop de choses qui s'accumulent. <u>J'essaie de me poser, de prendre du</u>	1. catégorie : soutien du père « Il m'a soutenu. Il m'a beaucoup conseillé. Oui. ».	1. Catégorie : aide à la réussite inhérente aux activités socio-culturelles et sportives « Je fais de la musique. Je suis dans un orchestre et ça m'aide

<p><u>recul et d'essayer de cibler ce qui est important et ce qui l'est moins.</u> Je vais essayer de hiérarchiser les tâches. Et du coup commencer par ce qui est important ».</p>		<p>énormément et puis la course à pied ».</p>
<p>2. Catégorie : capacité à recourir à l'entourage pour surmonter la pression liée au stress « Déjà pour m'aider déjà à me déstresser et puis en plus je n'hésite pas à l'entourage le matin quand on fait les visites et que l'infirmier qui me suit, je n'hésite pas à lui dire et bien écoutes là c'est compliqué je suis dans le rouge. J'hiérarchise de cette façon. Je vais m'organiser de cette façon pour que ça soit le plus facile possible. Si toi tu peux m'aider de ton côté fais tout ce que tu peux pour m'aider. Oui j'essaie de me relancer de mon côté ».</p>	<p>2. Catégorie : présence du père médecin sur le lieu d'internat « . « En général, il est un peu délicat pour le faire une fois que je suis bien installé. Il ne vient pas le premier jour de la première semaine. Il attend un mois, deux mois. Et puis ensuite il vient me voir. Et puis en général de toute façon à l'hôpital il connaît tout le monde. Donc tout se sait. Ils le savent ».</p>	<p>2.Catégorie : situations stressantes dissipées dans le divertissement « C'est une soupape que déjà que d'aller courir que d'aller faire de la musique. Ça permet d'évacuer directement le stress. Ça permet de penser à autre chose que son travail, de sortir un peu plus, de prendre aussi du recul par rapport à son boulot que de penser médecine toute la journée, d'en rêver ».</p>
<p>3.catégorie : capacité d'exprimer ses émotions en cas de stress « Mais moins essayer d'expliquer à l'infirmière pourquoi je suis pas de bonne humeur. Pourquoi je suis pas disponible. Et que de fois elles vont venir me solliciter. Ça arrive dans certains services qu'on est dérangé</p>	<p>3. Catégorie : Soutien apporté par le conjoint « L'entourage, au niveau perso aussi. Et ben quand on a un conjoint le conjoint ça fait les choses tout bête que les emplois du temps ça, le mode de vie ne pas être le même en fonction de l'exercice, On aura pas la même qualité de vie</p>	

<p>toutes les 10 minutes au téléphone, la sp, l'infirmière, ton chef, machin, eh eh je l'ai dit je ne peux pas là. Je l'ai dit que si je suis dérangé toutes les 10 minutes je n'arrive pas à suivre le fil de ce que je fais. Donc que laisse un peu plus de temps. Tu reviendras après, tu peux écrire tes questions. On en parle mais laisse-moi un peu plus de temps. Je pense qu'en verbalisant ça devient un peu plus facile. Ouais! En général ça se passe mieux. Ça ne m'est jamais arrivé de ne pas arriver à cause du stress ».</p>	<p>si on est en réa ou si on est médecin généraliste. Je pense que ça peut jouer aussi dans mes choix et dans mon choix d'activité. »; « Soit l'un soit l'autre ou du soutien. Il nous aide ou alors ça arrive qu'on a tellement du travail qu'on soit tellement submergé et que le soir on est pas disponible pour le conjoint non plus. On a envie de rien ».</p>	
<p>4. équilibre de l'interne conditionnée par son honnêteté professionnelle « Non on est meilleur médecin quand on est droit dans ses bottes. Quand on connaît nos limites aussi. Je pense que c'est ça qui fait qu'on se sent bien dans ce qu'on fait. Il faut être en accord avec ce qu'on fait. Si je dis, si je dis amen à tous les patients et que si je fais quelque chose dans une consultation qui était à l'opposé de ce que je voulais je ne suis pas bien. Je ne serai pas bien. Ça va merester</p>	<p>4. Catégorie : aide à la réussite inhérente à l'appui familial « Mon père m'aide beaucoup. Mon conjoint m'aide beaucoup. J'ai deux enfants qui m'aident beaucoup à penser à autre chose. »,</p>	

dans la tête. Alors si on suit sa ligne de conduite et qu'on sait à peu près puisqu'on veut aller ça permet d'être mieux dans son boulot ».		
5. Catégorie : Stabilisation de la motivation de l'interne « Plus motivé, je ne sais pas je l'étais déjà avant et ce sont les mêmes motivations depuis le début donc que, après que j'ai vu avec mes stages que c'était ça qui m'importait quoi. ».		
6. Catégorie : Capacité à hiérarchiser les activités en situation stressante « Quand je suis stressé, je le sais toute suite. C'est de prendre du recul c'est comme je te disais tout à l'heure c'est de hiérarchiser ce qui important et ce qui n'est pas important et de lâcher un maximum de ce qui n'est pas important pour ne pas se surcharger ».		
7. Catégorie : Implication de l'interne constatée dans la relation donnant donnant « C'est une rencontre avec son superviseur ne s'est pas aussi bien passée avec lui. Ça s'est aussi passé. C'est une confiance qui s'établit au fil du		

<p>geste. C'est toujours dans l'échange. Je pense que c'est toujours donnant donnant. À chaque fois, je pense que j'ai beaucoup apporté. Je pense que derrière j'ai fait ce qu'il fallait et du coup comment dire on se sent bien en général quand on se sent bien avec la personne on se sent bien avec l'équipe. Ça se ressent avec les patients, on n'est bien ».</p>		
<p>8.Catégorie : Honnêteté professionnelle de l'interne assurant son équilibre « Non on est meilleur médecin quand on est droit dans ses bottes. Quand on connaît nos limites aussi. Je pense que c'est ça qui fait qu'on se sent bien dans ce qu'on fait. Il faut être en accord avec ce qu'on fait. Si je dis, si je dis amen à tous les patients et que si je fais quelque chose dans une consultation qui était à l'opposé de ce que je voulais je ne suis pas bien. Je ne serai pas bien. Ça va me rester dans la tête. Alors si on suit sa ligne de conduite et qu'on sait à peu près puisqu'on veut aller ça permet d'être mieux dans son boulot ».</p>		

Facteurs de néo-développement		
On parlera ici de croissance post-traumatique c'est-à-dire un changement dans la façon de penser et de se rapporter au milieu organisationnel dans lequel le sujet évolue tout ceci sous-tendu par des défis importants pour les ressources adaptatives de celui-ci. C'est dans ce sens que nous rangeons l'idée de transformation de soi du sujet en situation de production (Dejours et Bègue, 2009).		
2.1. Point tournant : moment ou événement marquant une orientation nouvelle dans la vie du sujet et qui l'aide à s'adapter malgré l'adversité (Rutter, 2007).	2.2. Construction du sens : Dynamique d'autodéveloppement déclenché par le sujet pour atteindre l'identité visée.	2.3. Force motivationnelle : dynamique qui pousse le sujet à vouloir atteindre l'objet-but (Nuttin, 1980).
1. catégorie : choix professionnel établi sur un motif dérivatif « Je voulais faire vétérinaire au début et je suis allergique aux animaux. Et du coup j'ai fait médecine ».	1. Catégorie : choix professionnel librement opéré « Non c'est moi-même. Ma mère ne voulait pas que je fasse médecine. Et mon père ne m'a pas forcément poussée. Et au final les années avancent et après le baccalauréat, ça m'attirait bien ».	1. Motivation socioaffective « J'aime ce que je fais. J'aime être dans la relation avec le patient. J'aime aussi être dans la relation avec les collègues ».
2. Catégorie : distance retrouvée liée à la rencontre avec le chef « J'ai appelé ma chef pour lui dire que là c'était trop. Il y a plusieurs d'autres situations qui m'ont touchées et puis je n'ai plus jamais effondré comme ça. Je pense que j'ai trouvé une certaine distance ».	2. Catégorie : Orientation par référence à la forme identitaire parentale « En médecine au tout début. Eh eh mon père est médecin. Et ma mère est infirmière. Je pense que c'est un peu ce qui m'a mis sur la voie ».	2. Gratification dérivée de la satisfaction du besoin du patient « C'est plutôt la partie prendre soin des gens si tu veux. C'est toujours valorisant quand t'a l'impression d'avoir soigné quelqu'un, de l'avoir aidé à aller mieux quoi. Donc tu as l'impression que le patient est satisfait à la fin de la ta

		consultation ou à la sortie de l'hôpital, c'est gratifiant ».
3. Catégorie : prise de recul facilitée par le débriefing post traumatique « Vraiment c'est ce jour où j'ai complètement craqué où j'ai pleuré pleuré. Le fait de débriefer avec ma chef, ma chef était très bien, on s'entendait très bien quand on parlait des relations de confiance tout à l'heure. C'est encore quelqu'un avec qui je suis en contact. Et le fait de débriefer, d'en parler et puis après je ne sais pas comment vous le dire. C'est prendre du recul. Arrivé à prendre du recul sur des situations. Ça nous touche même mais d'arriver à prendre du recul. Surtout pas craquer là. Et puis après quitte à sortir. Et puis après ».	3. Catégorie : Congruence entre l'identité et le choix professionnel « J'ai commencé en faisant la médecine pour faire une spécialité parce que je ne connaissais pas la médecine générale. Je me suis rendu compte que dans les services c'était trop, les spécialités c'était trop fermé. C'était tout le temps la même chose, moi j'avais besoin, comme dans ma vie personnelle, j'ai toujours eu besoin de faire pleines de choses. Et c'est cet aspect-là de la médecine générale qui me plaisait. De faire à la fois de la gériatrie, la pédiatrie, la gynécologie, de voir des jeunes, des moins jeunes, tous les milieux un tout petit peu. C'est ça qui m'intéresse ».	3. Stabilisation de la motivation de l'interne « Plus motivé, je ne sais pas je l'étais déjà avant et ce sont les mêmes motivations depuis le début donc que, après que j'ai vu avec mes stages que c'était ça qui m'importait quoi. ».
4. Autonomisation obligée de l'interne en situation de conflit avec son sénior chef « Oui parce que là on est hyperstressé, parce que là on se sent pour le coup toute seule pour gérer les urgences. Je n'avais absolument pas confiance en ce	4. Catégorie : Motivation socioaffective « J'aime ce que je fais. J'aime être dans la relation avec le patient. J'aime aussi être dans la relation avec les collègues ».	4. Catégorie : Choix professionnel librement opéré « Non c'est moi-même. Ma mère ne voulait pas que je fasse médecine. Et mon père ne m'a pas forcément poussée. Et au final

qu'il faisait donc du coup la responsabilité est sous soi et je disais vu que je ne pouvais pas avoir l'aval de mon sénior, c'est à moi de détecter si là on est devant une vraie urgence ».		les années avancent et après le baccalauréat, ça m'attirait bien ».
	5. Catégorie : Gratification dérivée de la satisfaction du besoin du patient « C'est plutôt la partie prendre soin des gens si tu veux. C'est toujours valorisant quand t'a l'impression d'avoir soigné quelqu'un, de l'avoir aidé à aller mieux quoi. Donc tu as l'impression que le patient est satisfait à la fin de la ta consultation ou à la sortie de l'hôpital, c'est gratifiant ».	5. Catégorie : choix professionnel établi sur un motif dérivatif « Je voulais faire vétérinaire au début et je suis allergique aux animaux. Et du coup j'ai fait médecine ».
	6. Catégorie : Orientation par référence à des formes identitaires professionnelles anticipées « Le passage en stage et ce sont les rencontres avec tous les médecins. C'est surtout eux qui nous forment et les autres internes qui nous font partager leurs passions. Moi je suis passé chez un médecin généraliste qui adorait ce qu'il faisait. Il faisait du très bon travail et cela m'a	

	donné envie et je pense que si j'étais passé en stage avec quelqu'un de pas motivé, je me serai posé les questions si je devais faire médecine générale ou pas. Et si j'étais passé chez un chirurgien passionné et avec qui le courant passe tout de suite, j'aurais fait la chirurgie ».	
	7. Orientation par référence à l'externat « Si si. Tous les stages de l'externat c'est ça qui m'ont orienté de me dire ça moi je n'aime pas et ça m'a conforté pour la médecine générale par exemple de faire mon stage en médecine générale en tant qu'interne et puis ça oriente ».	
2.4. Tutorat de résilience : « processus ou une relation au cours duquel une personne ou une chose sert d'appui, de soutien et de protection à une autre en vue de favoriser sa croissance » (Kimméssoukié, 2017, p.64).		
1. Catégorie : Soutien du père « Il m'a soutenu. Il m'a beaucoup conseillé. Oui ».		
2. Catégorie : discussion de cas cliniques entre le père et la fille « Ça		

<p>n'est pas arrivé de demander deux avis. Mais en général mon père je ne vais pas lui demander son avis. On va en parler comme cela, on va en discuter. Ça m'est jamais arrivé de l'appeler comme cela en disant qu'est-ce que je fais quoi ».</p>			
<p>3. Catégorie : Assurance de l'interne de trouver un sénior en cas de besoin « Non non plus stressé puisque même si je fais le même travail avec un autre chef je sais que jamais j'ai besoin je peux aller demander à un autre collègue. Après je me disais si j'ai un gros souci il y a toujours un autre sénior à côté à qui demander quoi ».</p>			
<p style="text-align: center;">Le pouvoir d'agir ou empowerment</p> <p>Capabilité à transformer le travail en vue de satisfaire les besoins d'efficacité et de santé au travail (Clot et Simonet, 2015, p.31).</p> <p>Capabilité du sujet à organiser ou à réorganiser son activité propre dans l'optique de faire face à l'impact de la dispersion qui freine ou empêche le processus de création du milieu professionnel propre au sujet étant entendu que celui-ci est habité par son histoire propre (Pastré, 2011).</p>			
<p>Gestion du sentiment d'impuissance</p> <p>C'est le sujet capable (Ricoeur, 1995).</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <p>3.2. Gestion des affects (intelligence émotionnelle)</p> <p>C'est le fait de surmonter les affects émanant des émotions situées et/ou conceptualisées via la</p> </td><td style="width: 67%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <p>3.3. Puissance d'agir</p> <p>Corrélation entre les aptitudes physiques et mentales du sujet engagé dans la réalisation de l'activité (Spinoza, 1661). Cela est opérationnalisé au plan</p> </td></tr> </table>	<p>3.2. Gestion des affects (intelligence émotionnelle)</p> <p>C'est le fait de surmonter les affects émanant des émotions situées et/ou conceptualisées via la</p>	<p>3.3. Puissance d'agir</p> <p>Corrélation entre les aptitudes physiques et mentales du sujet engagé dans la réalisation de l'activité (Spinoza, 1661). Cela est opérationnalisé au plan</p>
<p>3.2. Gestion des affects (intelligence émotionnelle)</p> <p>C'est le fait de surmonter les affects émanant des émotions situées et/ou conceptualisées via la</p>	<p>3.3. Puissance d'agir</p> <p>Corrélation entre les aptitudes physiques et mentales du sujet engagé dans la réalisation de l'activité (Spinoza, 1661). Cela est opérationnalisé au plan</p>		

	transaction du sujet avec son environnement (Vygotsky, 1931).	organisationnel par le contrôle qu'exerce le sujet sur le processus d'atteinte des objectifs personnels, organisationnels et/ou environnementaux (Vallerie et Le Bossé, 2006).
1. Catégorie : Désir de se faire soi dénué de l'influence du père : « Si ça facilite. Après quoi je n'ai jamais voulu rentrer dans ce jeu-là. Quand j'arrive quelque part je ne me présente pas comme la fille de. J'essaie au contraire de rester discrète sur ça pour que les gens au contraire se fassent une propre idée de moi sans avoir été influencés par quelqu'un d'autre avant. En général et c'est sûr qu'après au final quand ils font le lien ça peut faciliter les choses » ;	Catégorie : Capacité à prendre du recul en cas de pression liée au stress de l'internat « Face au stress eh, quand il y a une situation qui me stresse, je sens qu'il y a trop de choses qui s'accumulent, j'essaie de me poser, de prendre du recul et d'essayer de cibler ce qui est important et ce qui l'est moins. Je vais essayer de hiérarchiser les tâches. Et du coup commencer par ce qui est important ».	Catégorie : Adaptation des connaissances à la situation clinique en présence « Non j'adapte. Oui, je prends les deux. Je prends un peu plus ce qu'on me dit, quel est mon point de vue à moi, quel est mon point de vue à moi bien sûr j'adapte à la situation ».
2. Catégorie : Émancipation de l'interne (constatée dans la discussion avec son père) « Ça n'est pas arrivé de demander deux avis. Mais en général mon père je ne vais pas lui demander son avis. On va en parler comme cela, on va en discuter. Ça m'est jamais arrivé de	Catégorie : Recours à l'entourage pour surmonter la pression liée au stress « Déjà pour m'aider déjà à me déstresser et puis en plus je n'hésite pas à l'entourage le matin quand on fait les visites et que l'infirmier qui me suit, je n'hésite pas à lui dire et bien écoutes là c'est compliqué je suis dans le rouge.	Catégorie : Adaptation des connaissances potentialisée par la recherche d'objectivité de l'interne « De toute façon forcément j'ai plus confiance à mon père qu'à mon maître de stages. Après c'est pas pour autant je vais forcément croire à la parole de mon père, c'est pas

<p>l'appeler comme cela en disant qu'est-ce que je fais quoi ».</p>	<p>J'hierarchise de cette façon. Je vais m'organiser de cette façon pour que ça soit le plus facile possible. Si toi tu peux m'aider de ton côté fais tout ce que tu peux pour m'aider. ».</p>	<p>c'est pas tout bon ce qu'il me dit. Il faut aussi adapter. Et je peux aussi piocher et je pioche aussi dans ce que me disent mes maîtres de stages. ».</p>
<p>3. Catégorie : Désir de se libérer de la présence du père « J'ai quand même l'impression que les gens se font un avis avant que je n'arrive. Un a priori plutôt positif. Parce que ça se passe bien. Mon père a de bonnes relations avec des gens à l'hôpital. Mais j'essaie de m'en détacher au maximum quand j'arrive le premier jour, les premières semaines le temps qu'ils se fassent un avis et qu'on puisse avoir une relation détachée de tout ça. J'essaie vraiment de ne pas en parler de mettre ça de côté pour qu'ils fassent leur propre avis ».</p>	<p>Catégorie : Verbalisation des émotions pour se libérer de la pression liée au stress « Oui j'essaie de me relancer de mon côté. Mais moins essayer d'expliquer à l'infirmière pourquoi je suis pas de bonne humeur. Pourquoi je suis pas disponible. Et que de fois elles vont venir me solliciter. Ça arrive dans certains services qu'on est dérangé toutes les 10 minutes au téléphone, la sp, l'infirmière, ton chef, machin, eh eh je leur dit je ne peux pas là. Je leur dis que si je suis dérangé toutes les 10 minutes je n'arrive pas à suivre le fil de ce que je fais. Donc que laisse un peu plus de temps. Tu reviendras après, tu peux écrire tes questions. On en parle mais laisse-moi un peu plus de temps. <u>Je pense qu'en verbalisant ça devient un peu plus facile.</u> Ouais! En général ça se</p>	<p>Catégorie : Équilibre de l'interne conditionnée par son honnêteté professionnelle « Non on est meilleur médecin quand on est droit dans ses bottes. Quand on connaît nos limites aussi. Je pense que c'est ça qui fait qu'on se sent bien dans ce qu'on fait. Il faut être en accord avec ce qu'on fait. Si je dis, si je dis amen à tous les patients et que si je fais quelque chose dans une consultation qui était à l'opposé de ce que je voulais je ne suis pas bien. Je ne serai pas bien. Ça va me rester dans la tête. Alors si on suit sa ligne de conduite et qu'on sait à peu près puisqu'on veut aller ça permet d'être mieux dans son boulot ».</p>

	<p>passé mieux. Ça ne m'est jamais arrivé de ne pas arriver à cause du stress ».</p>	
<p>4. Catégorie : Appel du père post situationnel « Je ne l'ai jamais appelé dans le cadre de situations à l'hôpital. On a parlé après mais j'ai pas eu à l'appeler. Il n'a jamais été de garde. Je n'ai pas eu à l'appeler directement pour un cas quoi ».</p>		<p>Catégorie : Autonomisation obligée de l'interne en situation de conflit avec son sénior chef « Oui parce que là on est hyperstressé, parce que là on se sent pour le coup toute seule pour gérer les urgences. Je n'avais absolument pas confiance en ce qu'il faisait donc du coup la responsabilité est sous soi et je disais vu que je ne pouvais pas avoir l'aval de mon sénior, c'est à moi de détecter si là on est devant une vraie urgence ».</p>
<p>5. Catégorie : Peur d'être taxé d'incapable par le père « Non j'ai du mal à appeler mon père pour ça. Parce que j'ai une image de mon père de quelqu'un de brillant et j'ai toujours pensé qu'il se fasse l'idée de moi comme quoi je ne sais pas gérer, je ne sais pas faire. En général, je pense une fois que c'est résolu. J'appelle pas pour résoudre les, je ne l'ai pas appelé en disant papa qu'est-ce que je fais. Je</p>		

l'appellerais si je suis devant un cas de réanimation, un cas d'urgences vitales et là c'est plus mon ressort, je l'appelle ».

Catégorie : Assurance de l'interne de trouver un sénior en cas de besoin « Non non plus stressé puisque même si je fais le même travail avec un autre chef je sais que jamais j'ai besoin je peux aller demander à un autre collègue. Après je me disais si j'ai un gros souci il y a toujours un autre sénior à côté à qui demander quoi ».

Catégorie : recours à l'aide d'un autre sénior (autre que son chef)
« Je connaissais quelqu'un en cancérologie qui était spécialisé en fin de vie et je lui ai demandé de l'aide. C'était un médecin ».

Les facilitateurs de l'apprentissage

Le sujet, même en situation d'autonomisation, ne peut déclarer sa formation expérientielle comme étant le fait d'une génération spontanée. Comme le dira si bien Pineau (1983), le sujet a besoin de lui-même pour s'en sortir, il a aussi besoin des autres, enfin il bénéficie d'une éducation relative à l'environnement qui participe de son auto-organisation (Morin, 1977).

4.1. L'apprenant-e acteur/actrice de ses apprentissages : l'interne cherche les informations

4.2. Le-la superviseur-e/sénior-e facilitateur/facilitatrice de

4.3. Le-la superviseur-e/sénior-e accompagnateur (dans la gestion des émotions) : il-elle aide

<p>nécessaires à la réalisation de son projet. Autrement dit, il-elle s'engage dans son propre apprentissage pour créer du sens à son action (Dewey, 1897).</p>	<p><u>l'acquisition des apprentissages</u> : il-elle rend aisé-e une action. Autrement dit il-elle favorise l'analyse de la situation et relance l'interne car il-elle a besoin de repères. Bref, le-la superviseur-e aide l'interne à élaborer son projet et à le réaliser (Rogers, 1996).</p>	<p>l'interne à mettre en mots ses émotions et sentiments exprimés de façon tacite ou implicite, leurs repercussions sur l'apprentissage ainsi que les voies de sortie de la crise (Rogers, 2005).</p>
<p>1. Catégorie : Adaptation des connaissances à la situation clinique en présence. « Non j'adapte. Oui, je prends les deux. Je prends un peu plus ce qu'on me dit, quel est mon point de vue à moi, quel est mon point de vue à moi bien sûr j'adapte à la situation ».</p> <p>2. Catégorie : Adaptation des connaissances potentialisée par la recherche d'objectivité de l'interne. « De toute façon forcément j'ai plus confiance à mon père qu'à mon maître de stages. Après c'est pas pour autant je vais forcément croire à la parole de mon père, c'est pas c'est pas tout bon ce qu'il me dit. Il faut aussi adapter. Et je peux aussi piocher et je pioche aussi dans ce que me disent mes maîtres de stages. ».</p>	<p>1. Catégorie : Partage d'expérience facilité par le débriefing « En général c'est un débriefing. La situation était déjà passée. Donc j'avais déjà tout vérifié toute seule. Et après c'est un débriefing. Ça ne m'arrive pas souvent. Mais de temps en temps ça m'arrivait. On en parlait des cas différents de ce qu'on rencontre d'habitude. Donc donc c'était un débriefing pour partager une expérience. Mais moi j'ai toujours fait, comme, de toute façon ce n'est pas la même spécialité ».</p> <p>2. Catégorie : Référence aux sources informationnelles infirmières vérifiées par le chef. « Donc parler j'ai demandé beaucoup aux infirmières au début, qu'est-ce que vous avez l'habitude</p>	<p>.1. Catégorie : Séances de débriefing post traumatique « Je dis par exemple cet exemple concret là. Ces mots-là qui nous ont touchés quand elle dit ça. Et puis elle me rappelle telle personne. Je l'associe à ça. Ça m'a touché à ce point-là. Je sais que ça m'est arrivé mais d'en parler, de rencontrer beaucoup de situations difficiles dans ce stage là et c'était difficile pour moi et difficile pour les équipes aussi. Et du coup on avait des réunions parfois le matin ou même l'après-midi. On prenait le temps de discuter tous ensemble. Tout le monde lâchait son ressenti. C'est ça qui me touche. C'est plutôt ça qui est difficile pour moi, j'ai du mal avec ça ».</p>

<p>3. Catégorie : Adaptation des cours à la situation problème : « Il le sait quand on en parle on a des groupes d'échanges de pratiques. Nous on a tous eu les cours théoriques et effectivement il faudrait faire ça ça et on sait tous on a toujours eu des cas ou on avait pas fait comme on avait appris parce que on fait par rapport à la situation par rapport à la personne qu'on a en face de nous quoi. ».</p>	<p>de faire? Qu'est-ce qu'on fait dans ce cas-là et puis d'en reparler avec mon chef ».</p>	<p>2. Catégorie : Distance retrouvée liée à la rencontre avec le chef « J'ai appelé ma chef pour lui dire que là c'était trop. Il y a plusieurs d'autres situations qui m'ont touchées et puis je n'ai plus jamais effondré comme ça. Je pense que j'ai trouvé une certaine distance ».</p>
<p>4. Catégorie : Régulation proactive « Oui. J'estime que c'est mieux. Il avait raison et que effectivement je n'avais pas pensé à cet aspect-là. Donc c'est possible je change ma façon de faire la prochaine fois ».</p>	<p>3. Catégorie : Régulation rétroactive (conduite par le père et le maître de stages) : « Ça je dirais que ça influence oui quand on en parle avec mon père et quand j'en parle avec le maître de stage parce que du coup hein là par exemple je suis en phase de stage chez un praticien. Je suis toute seule toute la journée et le soir, on a un debrief et c'est la même chose je vais partir vers une direction pour résoudre ma consultation et mon père va me dire oui très bien et on aurait aussi pu faire comme ça. Et c'est ça qui est enrichissant. Et comme cela je sais qu'ils auraient aussi pu faire autrement ».</p>	<p>3. Catégorie : Prise de recul facilitée par le débriefing post traumatique « Vraiment c'est ce jour où j'ai complètement craqué où j'ai pleuré pleuré. Le fait de débriefer avec ma chef, ma chef était très bien, on s'entendait très bien quand on parlait des relations de confiance tout à l'heure. C'est encore quelqu'un avec qui je suis en contact. Et le fait de débriefer, d'en parler et puis après je ne sais pas comment vous le dire. C'est prendre du recul. Arrivé à prendre du recul sur des situations. Ça nous touche même mais d'arriver à prendre du recul. Surtout pas craquer là. Et puis après quitte à sortir. Et puis après ».</p>
	<p>4. Catégorie : Régulation rétroactive multidimensionnelle « Eh eh, du coup dedans j'ai fait par exemple c'était l'hypotension. Le patient est hypotendu. Donc je gère je fais ce que j'ai appris. Donc la réanimation de base avec les voies veineuses. Bref le travail de base.</p>	

	<p>Ensuite j'appelles mon chef et puis je crois qu'on avait appelé le réa de garde mais après j'ai appelé mon père. J'ai suivi le protocole du réa qui était de garde ».</p>	
<p>4.4. Compétence informationnelle : Aptitude de l'interne à analyser la qualité et la pertinence des sources informationnelles consultées (Simard, Karsenti et Colin, 2013).</p>	<p>4.5. Individualisation de l'interne formalisée par les pairs : L'interne progresse dans l'acquisition des apprentissages en présence de ses pairs que seul (Vygotsky, 1978).</p>	<p>4.6. Relation formatrice entre l'interne et son environnement social (Morin, 1980, Pineau, 1983) : l'interne progresse dans l'acquisition des apprentissages en s'appuyant sur des sources informelles rencontrées découvertes fortuitement dans le contexte de formation clinique.</p>
<p>1. Catégorie : Considération des maîtres de stages conditionnée par la confiance instaurée « Parce qu'il me connaît mieux. Il sait comment je fonctionne. Il sait comment m'orienter et puis on a un peu plus la même vision des choses. Donc je sais qu'on avance dans le même sens. Après j'ai quelques maîtres de stages eh eh certains je retrouve cette en qui j'ai vraiment confiance avec qui je fonctionne de la même façon. À moins qu'on apprenne à bien se connaître, il y a une relation de confiance qui s'est instaurée je</p>	<p>1. Catégorie : Capitalisation expérientielle objectivée par l'échange avec le père « Oui on échangeait beaucoup ouais ! Déjà ça me permet d'extérioriser quand j'ai des cas comme ça. Ça me permet de prendre du recul. Ça me permet aussi de bénéficier de l'expérience déjà des autres médecins avec qui on échange ».</p> <p>2. Catégorie : Capitalisation expérientielle facilitée par l'interaction avec les médecins vétérans « Après on a toujours dans nos stages un vétéran, des</p>	<p>1. Catégorie : Références aux sources informationnelles infirmières « Par exemple en cancérologie par exemple, mes premiers stages d'interne, j'ai souvent demandé comment ça se passe, comment vous faites. Quels sont les protocoles, comment vous avez l'habitude de gérer cette situation-là aux infirmiers ».</p> <p>2. Catégorie : Référence aux sources informationnelles infirmières vérifiées par le chef « Donc parler j'ai demandé</p>

<p>prends en général ce qu'ils me disent. ».</p> <p>2. Catégorie : Considération des connaissances conditionnée par le domaine de spécialisation « Ça c'était à l'hôpital qu'en médecine générale. En médecine générale, mon père connaît moins en médecine générale. J'ai plutôt tendance à suivre mes médecins généralistes, ce qu'ils disent. À l'hôpital pour des questions, ça ne serait arrivé par exemple pour des questions de réanimations par exemple des situations critiques à l'hôpital. Ça va dépendre du médecin avec qui je suis. Il y a un médecin. Je ne peux dire des situations précises. Oui des fois je suivrai l'avis de mon père. Dans le cas de la réanimation, je pense que qu'il a bon je serai de mauvaise langue si je te dirais que je ne suivrais pas ce que me dit mon père plus que ce que me dirait mon chef ».</p> <p>3. catégorie : Suivisme des séniors conditionné par la confiance instaurée « Pas avec tous. Ça</p>	<p>médecins avec qui ça se passe bien. Ils prennent aussi ce rôle aussi. Ils partagent leurs expériences aussi. Donc je ne dirais pas que l'information est meilleure parce que j'ai des parents médecins par rapport à celui qui n'a pas de parents qui ne sont pas du tout dans le milieu quoi ».</p> <p>3. Catégorie : Recours à l'aide d'un autre sénior (autre que son chef) « Je connaissais quelqu'un en oncologie qui était spécialisé en fin de vie et je lui ai demandé de l'aide. C'était un médecin ».</p> <p>4. Catégorie : Appel du père post situationnel « Je ne l'ai jamais appelé dans le cadre de situations à l'hôpital. On a parlé après mais j'ai pas eu à l'appeler. Il n'a jamais été de garde. Je n'ai pas eu à l'appeler directement pour un cas quoi ».</p> <p>4. Catégorie : Référence aux sources informationnelles infirmières vérifiées par le chef « Donc parler j'ai demandé beaucoup aux infirmières au début, qu'est-ce que vous avez l'habitude de faire ? Qu'est-ce qu'on fait dans</p>	<p>beaucoup aux infirmières au début, qu'est-ce que vous avez l'habitude de faire? Qu'est-ce qu'on fait dans ce cas-là et puis d'en reparler avec mon chef ».</p> <p>3. Catégorie : Patient expert ou patient ressource « D'habitude on fait ça. Oui ça arrive. En médecine générale, quand on est en période d'épidémie mon médecin généraliste me donne toujours des antibiotiques. Mon médecin généraliste a toujours l'habitude de me prescrire des antibiotiques ».</p> <p>4.8. Engagement de l'interne : « Un acte est d'autant plus engageant qu'il est important » (Joule et Beauvois, 1998, p.53).</p> <p>1. Catégorie : Collaboration des équipes conditionné par l'implication de l'interne « Oui j'aime ce que je fais. Je suis consciencieuse. Comme je te dis c'est donnant donnant avec ton chef et avec les équipes. Et puis un peu tu vas donner, tu vas être sérieux dans ce que tu fais et</p>
---	--	---

<p>dépend. Il y en a avec qui cela m'est arrivé ou d'avoir entièrement confiance. Il y a des médecins, je pense à un à l'hôpital en qui j'avais entièrement confiance en ce qu'il disait. Je le suivrais comme si j'aurais suivi mon père. Et en médecine générale, il y en a deux en qui je fais entièrement confiance. D'autres pas ».</p> <p>4. Catégorie : Assurance de l'interne de trouver un sénior en cas de besoin « Non non plus stressé puisque même si je fais le même travail avec un autre chef je sais que jamais j'ai besoin je peux aller demander à un autre collègue. Après je me disais si j'ai un gros souci il y a toujours un autre sénior à côté à qui demander quoi ».</p> <p>5. Catégorie : Sources informationnelles utilisées par l'interne « Tu demandes de l'aide à qui tu peux. Tu demandes de l'aide à ton co interne. Tu demandes de l'aide aux infirmiers. Tu vas chercher sur internet ce que tu peux. Tu reprends tes bouquins. Tu fais comme tu peux. ».</p>	<p>ce cas-là et puis d'en reparler avec mon chef ».</p> <p>4.7. Travail collaboratif initié par l'interne (Boutillier et Fournier, 2009).</p> <p>1. Catégorie : Collaboration infirmière-interne « Et je pense que c'est ça aussi du fait de se sentir impliqués, être ensemble pour gérer les patients, chacun a nos rôles. Elles font des choses que moi je ne sais pas faire. Et je fais des choses qu'elles ne savent pas faire. Donc on fonctionne en équipe. C'est ça qui les donne envie de m'aider, je pense que c'est ça ».</p> <p>2. Catégorie : Collaboration interne-infirmière « Alors qu'au contraire quand tu prends le temps de prendre le café, de discuter, d'être présent, discuter ensemble, de faire des staffs où tout le monde a le droit de donner son avis, de s'exprimer. Ce n'est pas juste entre médecins. Les infirmières sont à côté à prendre les notes. Ce qui peut arriver parfois ».</p>	<p>après tu vas, donc tu as intérêt à être engagé dans ce que tu fais ».</p> <p>2. Catégorie : Stabilisation de la motivation de l'interne « Plus motivé, je ne sais pas je l'étais déjà avant et ce sont les mêmes motivations depuis le début donc que, après que j'ai vu avec mes stages que c'était ça qui m'importait quoi. ».</p> <p>3. Catégorie : Réflexion sur l'action « Okay après il faut reprendre toute l'histoire toute la consultation et puis voir pourquoi ça n'a pas marché dans ce cas quoi, pourquoi je n'ai pas pu adapter ce que J'avais appris, ce que j'ai tiré de mon enseignement pratique et théorique pourquoi cette fois ci ça n'a pas marché, est-ce qu'il y a forcément quelque autour duquel je suis passé que j'ai loupé quoi. ».</p> <p>4. Catégorie : Préjugé en faveur de l'interne lié à son implication « Non je pense que ça change pas. Les gens, ils se font un a priori de toi. Bon ils ont un bon a priori. Si je fais la merde derrière</p>
---	--	--

<p>4.9. Progressivité de l'apprentissage</p> <p>Organisation d'une suite graduelle de savoirs séquencés ou alors relatives à un sujet d'étude (Bernard et Reyes, 2001).</p> <p>Catégorie : Corrélation du degré de confiance à la progressivité de l'apprentissage « Et plus petit à petit en voyant que ça se passe bien que ce que je fais ça passe pas si mal on prend petit à petit confiance et puis au début on s'attaque pas à grand-chose. On ne va pas non plus tout révolutionner, on va par petits pas et plus ça va et plus on se sent un peu plus à l'aise et on se permet de plus de choses ».</p>	<p>3. Catégorie : Collaboration infirmière conditionnée par la considération à leur égard. « Pas avec moi. Ça m'est rarement arrivé de demander et que les infirmières refusent de m'aider, de. Je prends du temps avec qu'elles. Je les inclue dans l'équipe. Il n'y a pas les médecins tout en haut qui prennent les décisions et les infirmières qui appliquent. Les infirmières sont là pour m'aider aussi. Et je m'appuie sur ce qu'elles disent. Je les demande des conseils. ».</p>	<p>détestable, que je sois la fille de ou pas la fille de ça se passera mal. Bon après il y a plein d'internes avec qui ça se passe bien avec leurs chefs. À partir du moment que c'est donnant donnant, ton chef te donne plus de temps, il essaie de t'apporter son expérience et puis toi en retour c'est à toi de faire le travail qu'il faut faire et ça se passe toujours bien de toute façon ».</p>
<p>4.10. Apport du patient dans la capitalisation expérientielle</p> <p>1. Catégorie : patient expert « en médecine générale, quand on est en période d'épidémie mon médecin généraliste me donne toujours des antibiotiques»; « mon médecin généraliste a toujours l'habitude de me prescrire des antibiotiques»; « eh eh! Des cas contraires ou ça</p>	<p>4. Catégorie : collaboration interne-infirmière «Il m'aide déjà là. Elles mettent toutes les constances. Elles mettent déjà toutes les trucs à eux. Non après c'est le médical, c'est moi qui fais l'examen c'est moi qui voit les choses de cette façon-là, c'est orienté quand c'est écrit. Tu vas à l'essentiel mais du coup il faut qu'on comprenne ou est-ce que tu veux en venir toute suite quoi. Il n'y a que toi qui peux le faire.».</p> <p>5. Catégorie : Cohésion dans le collectif de travail «silence). Eh eh</p>	<p>5. Catégorie : Implication de l'interne constatée dans la relation donnant donnant « C'est une rencontre avec son superviseur ne s'est pas aussi bien passée avec lui. Ça s'est aussi passé. C'est une confiance qui s'établit au fil du geste. C'est toujours dans l'échange. Je pense que c'est toujours donnant donnant. À chaque fois, je pense que j'ai beaucoup apporté. Je pense que derrière j'ai fait ce qu'il fallait et du coup comment dire on se sent bien en général quand on se sent bien avec la personne on se sent bien avec l'équipe. Ça se</p>

<p>arrive mon médecin d'habitude et fait comme ça (silence). Je n'ai pas l'exemple concret. Oui ça peut arriver plutôt en médecine générale qu'à l'hôpital».</p>	<p>eh eh je crois que c'est en dehors de tout ce qui est temps de travail je pense c'est surtout la cohésion avec les autres membres de l'équipe, l'internat c'est la cohésion avec son chef. L'équipe paramédicale aussi aussi il faut se sentir bien avec ses chefs, il faut se sentir bien avec ses cointernes.».</p>	<p>ressent avec les patients, on n'est bien ».</p> <p>4.11. L'usage des aides mémoires</p> <p>1. Catégorie : enregistrement des données au fur et à mesure «Non. Il faut l'enregistrer maintenant sinon tu oublies. Tu oublies tu as tellement de choses tu as 10 patients dans la journée ça veut dire 10 examens différents, 10 interrogatoires différents, 10 biologies différentes, il faut déjà retenir tout ça plus tout ce que tout ce l'infirmière vient parler quand tu es sur un autre cas. Elle va te dire non non toute suite il faut que tu me fasses ça, donc le temps de se déconnecter du truc, de penser à l'autre truc de se remettre dans le dossier et ensuite il faut revenir sur ce que tu faisais, tout ça ça prend du temps. Non en tout cas moi je n'ai pas la mémoire pour il faut que je note toute suite».</p>
OBSTACLES RENCONTRÉS PAR L'INTERNE DANS SON CHEMINEMENT ACADÉMIQUE		
Typologie de besoins en situation d'autoformation		

<p>L'individu est une entité ayant des besoins (Maslow, 1954). En contexte d'autonomisation, le besoin réfère à une exigence ontologique (Marcel, 1950) voir existentielle (Viktor, 1984) dont la non satisfaction freine l'émergence de la matérialité de ce que Pineau (1983, p.106) appelle l'auto c'est-à-dire « l'autonomie fondamentale, le fondement de l'autonomie vivante ».</p>		
<p>1.1. Dévalorisation des savoirs d'expérience : difficulté pour l'interne de profiter de l'expérience de ses seniors = Besoin de rationalisation de l'expérience professionnelle</p>	<p>1.3. Épuisement professionnel décelé chez le personnel : surcroît d'activité entraînant chez le personnel (infirmiers-ères, aides-soignants-es) de la fatigue les rendant ainsi indisponibles à la collaboration avec l'interne = besoin d'auto-éco-organisation</p>	<p>1.5. Facilitation à l'adaptation de l'interne à de nouvelles fonctions et à sa socialisation à la réalité quotidienne du milieu de travail = besoin de tutorat ou de préceptorat en médecine</p>
<p>1. Catégorie : Quasi-absence des superviseurs de stage «Non parce qu,on ne profite pas de leur expérience, on ne profite pas de leur savoir aussi, oui du coup c'est très bien il faut qu'on soit tout seul pour se débrouiller mais tout le temps quoi.» ; «Oui le matin. Oui c'est ça deux ou trois fois par semaine. Et puis le reste on est tout seul. Et puis ils viennent tous les soirs pour faire une contre visite. Ils viennent une demi-heure le soir pour faire un point.»; «Oui le matin. Oui c'est ça deux ou trois fois par semaine. Et puis le reste on est tout seul. Et puis ils viennent tous les soirs pour faire</p>	<p>1. Catégorie : Indisponibilité du personnel lié à leur épuisement «Je pense que c'est du manque de personnel. Si on avait moins de patients on courait moins. Bon pas de patients on a pas de boulot c'est sur. Oui. Il manque du personnel et tout le monde court. Ça c'est sur. C'est sur après. Les infirmiers les aides-soignants il en manque du personnel. Elles courent partout. Elles sont fatiguées et du coup elles sont moins disponibles. Il peut se passer aussi moins bien. Et puis les internes c'est difficile parce que il ne faut pas aussi être</p>	<p>1. Catégorie : Peur de prescrire liée à l'impréparation à cette activité « Parce que d'un coup on prend tous les responsabilités. J'étais en cancérologie mon premier stage. Mon premier jour en tant qu'interne et rien que prescrire du paracétamol ou du Forlax, j'ai revu tout dans le Vidal, tous les effets indésirables, toutes les contre-indications. J'ai tout revu, j'avais trop peur de mettre ça sur mon ordonnance. Donc j'ai pris un temps fou à essayer de voir est-ce que je fais ça? Est-ce que c'est bon? Est-ce que je n'ai pas fait de bêtise? ».</p>

<p>une contre visite. Ils viennent une demi-heure le soir pour faire un point.»; «Non parce qu'on ne profite pas de leur expérience, on ne profite pas de leur savoir aussi, oui du coup c'est très bien il faut qu'on soit tout seul pour se débrouiller mais tout le temps quoi.».</p> <p>2. Catégorie : Dévalorisation du travail de l'interne par le sénior «En général il y a moins de soucis et tout se passe très bien. Parfois il reprend la visite en main et il le fait tout seul. Il fait comme il a envie. Il démonte tout ce que tu as fait. Il fait comme il a envie et voilà».</p> <p>3. Catégorie : Autonomisation obligée de l'interne en situation de conflit avec son sénior chef « Oui parce que là on est hyperstressé, parce que là on se sent pour le coup toute seule pour gérer les urgences. Je n'avais absolument pas confiance en ce qu'il faisait donc du coup la responsabilité est sous soi et je disais vu que je ne pouvais pas avoir l'aval de mon sénior, c'est à moi de détecter si là on est devant une vraie urgence ».</p>	<p>trop pour ne pas se marcher dessus. Oui.».</p> <p>1.4. Difficulté pour l'interne de faire de la recherche = besoin d'actualisation des connaissances</p> <p>1. Catégorie : Manque de temps pour faire la recherche lié à la surcharge de travail «Qu'on nous détache par exemple un après midi qu'on est pas à gérer le service et qu'on se consacre à la recherche. À apprendre quoi à faire la recherche directement avec nos cas. Ce qui nous manque le temps qui manque c'est de pouvoir faire mes recherches directement en lien directement avec les cas que je travaille. Parce qu'on a nos cours à la fac et ce n'est pas sur un cas précis. Et ce que je trouve intéressant quand j'ai un cas qui me cause du souci c'est pouvoir directement faire la recherche sur ce cas là. Et ça actuellement avec les organisations de la journée ce n'est pas possible si tu n'es pas là pour gérer le service personne ne le fera à ta place et c'est toi qui va te</p>	<p>2. Doute lié à la difficulté à prendre des décisions « Oh pouf! Avec le temps, la pratique. La première semaine est un peu plus compliquée parce qu'on doute sur tout ce qu'on fait et puis après je te dirais c'est pareil ».</p> <p>1.6. Perte de motivation et de sens au travail = besoin de conciliation travail-famille</p> <p>1. Catégorie : Conciliation travail famille « Oui je pense et le fait aussi le fait d'avoir des enfants et un conjoint ça m'oblige à ne pas étendre mes horaires ou de rentrer à 22h le soir. Je m'oblige à être efficace la journée pour m'occuper suffisamment tôt pour ma famille alors que par exemple j'ai une copine qui n'a pas de conjoint et qui n'a pas d'enfants et qui va sortir super tard du boulot. Elle passe ses journées au boulot. Je pense que ça ne les aide pas non plus bon à ce qu'on parlait tout à l'heure la soupape, de lâcher et prendre du recul pour tout ça»; « Je ne sais pas si elles sont plus</p>
---	---	---

<p>4. Difficulté à faire le diagnostic liée au manque d'expérience «Avec l'expérience et la base. Nous on apprend les bases, les grandes lignes, la conduite à tenir. Ce qui est compliqué c'est pas tant la conduite à tenir eh eh je dis des bêtises mais il y a une hypokaliémie on fait ça ça. C'est facile après, c'est toute l'étape de diagnostic déjà qui est difficile et puis ensuite c'est là qu'on a toujours utilisé les médecins on a toujours ce petit truc ce petit œil ou ils arrivent tout suite à voir, J'avais un médecin là l'an dernier, il se faisait le diagnostic mais en 5 minutes, il demande au patient. Il avait l'œil, il avait toute suite les bonnes questions, il avait toute suite quelque chose qui lui permet de faire son idée. Il a une façon de poser les questions, il a une façon d'examiner ou il va toute suite aboutir ce qu'il veut. Et nous on va bien que nous on patauge. Il nous faut plus de temps pour enregistrer. Et on voit aussi que on a plus en plus à l'aise dans certaines situations parce qu'on les a déjà vu avant.»</p>	<p>trouver à faire le boulot à un moment ou à un autre.».</p> <p>2. Catégorie : manque de repos lié au temps d'astreinte très long «silence) par rapport aux gardes aussi ça ne m'est pas arrivé il y en a qui croule sur les gardes qui ont des gardes un peu trop importantes quoi. Et ça c'est compliqué parce que quand on fait les gardes on n'est pas dans les services et si on n'est pas dans les services personne ne peut travailler à notre place. Donc ça rajoute du travail aussi donc c'est ça aussi qu'il pourrait pas être mal c'est que les gens prennent du boulot sur du repos de garde. Que ce soit une participation correcte.».</p> <p>3. Catégorie : Désajustement entre repos et recherche «Le problème des demi-journées ce qu'elles sont groupées donc tu vas avoir un mois et demi en stages après tu vas avoir 15 jours où tu ne travailles pas pour faire ta recherche.».</p> <p>4. Catégorie : Travail de recherche perturbé par la fatigue «Pas tous les jours, par exemple deux fois par</p>	<p>stressées. En tout cas j'ai l'impression qu'elles ont plus de mal à prendre à sortir de médecine. parce que le conjoint, il comprend qu'elle puisse sortir à 21 heures du soir parce que lui il va faire la même chose. Mais après sur le long terme, je ne sais pas si ça»; «Concrètement je ne sais pas si ça peut arriver. C'est pareil lorsque s'il y a des relations de couple de toute façon qui ne sont pas bonnes, on n'a pas envie de rester chez soi, on reste au boulot. Oui ça peut. La famille c'est très bien si il n'y a pas de souci. S'il y a des soucis dans la famille, ça va nous stresser, ça va ajouter un stress supplémentaire au travail»; «C'est dur et ça aide. C'est à double tranchant. Ça demande beaucoup d'organisation pour durer comme je te disais par rapport aux horaires les enfants que tu aies passés une mauvaise journée, ils ne vont supporter que tu rentres à 21 heures tous les soirs. Il faut un temps de pause pour avoir un</p>
--	--	---

<p>1.2. anxiété de performance = besoin d'être rassuré</p> <p>1. Catégorie : Méfiance en l'endroit des médecins intérimaires « Bon alors attends que je me souviene alors il y a eu un cas, des cas où je n'avais pas confiance au chef c'était un chef que j'avais pas longtemps si tu veux, c'était pendant les vacances. Tu n'as pas le temps d'établir le lien. Je n'étais pas trop d'accord avec la façon dont elle fonctionnait. Je ne trouvais pas la logique de ce qu'elle faisait. Du coup j'étais pas en confiance. Je n'avais confiance en ce qu'elle faisait je suis en train de te chercher un cas oui. Ça nous arrive par exemple aux urgences quand il y a des intérimaires dont des gens qui ont juste une garde comme ça et oui c'est là. C'est ça que je cherchais comme exemple. Et aux urgences c'était un peu sous tension. T'es amené à gérer des cas qui te stressent quand même et ça m'est arrivé de faire des gardes avec des gens avec qui je n'avais absolument</p>	<p>semaine par exemple deux après midi. Même un après midi dans la semaine ça pourrait suffire mais ça va être plus ou moins c'est très bien ce qu'on a réussi à avoir mais tu vois j'étais à l'hôpital cet hiver et tu trimes pas possible pendant un mois et demi et après tu vas être 15 jours ou tu ne fais plus rien que tu es tellement fatigué tu en as tellement marre que tu n'as pas envie de travailler. Alors moi j'ai travaillé le matin j'ai travaillé l'après-midi. Tu n'as plus envie alors que si c'était intégré tu restes dans le service par exemple on ne te dis pas tu restes dans les service tu restes dans ton bureau et tu fais des recherches. Et du coup j'aurai envie de faire la recherche directement en lien avec mes patients. Parce que quand c'est à la fin et que tu es chez toi tu n'as plus envie de faire ça. ».</p> <p>1.7. Abondance de formalités = besoin d'allégement réglementaire</p> <p>1. Catégorie : Difficulté de l'internat lié à l'abondance de formalités « Moins de paperasses.</p>	<p>temps pour chacun. Ça peut être stressant pour la thèse ou il faut énormément de boulot personnel. C'est beaucoup de boulot qui fatigue, qui stresse et en même temps il faut être disponible. On ne fait pas ce qu'on veut avec les enfants. Donc ça par exemple pour ma thèse ça était plus difficile pour moi de passer la thèse avec les enfants plutôt si j'avais été toute seule. J'aurais géré mon temps comme je voulais. Mais là par contre ça a été négatif mais plutôt un frein de ce côté-là et inversement quand on rentre du travail avec deux enfants, on est obligé de toute façon d'oublier ce qui s'est passé dans la journée, on passe à autre chose. »; « Ah ben quand je rentre chez moi j'ai mes deux enfants qui me sautent dans les bras donc on a vite fait d'oublier la journée. C'est la première chose que je fais mes enfants. Je rentre tard donc je n'ai pas beaucoup de temps avec eux. Avant qu'ils soient couchés entre le temps je rentre et le temps que</p>
---	---	---

<p>pas confiance et j'avais l'impression en suivant son avis de mettre la vie du patient en danger»;</p> <p>« Ah bon non je n'avais pas confiance dans sa prise en charge. J'avais pas confiance en la personne à ce qu'il me disait de faire. ».</p> <p>2. Catégorie : Considération des maîtres de stages conditionnée par la confiance instaurée (semblable à celle avec le père) « Parce qu'il me connaît mieux. Il sait comment je fonctionne. Il sait comment m'orienter et puis on a un peu plus la même vision des choses. Donc je sais qu'on avance dans le même sens. Après j'ai quelques maîtres de stages eh eh certains je retrouve cette en qui j'ai vraiment confiance avec qui je fonctionne de la même façon. À moins qu'on apprenne à bien se connaître, il y a une relation de confiance qui s'est instaurée je prends en général ce qu'ils me disent. »..</p> <p>3. Catégorie : Considération des connaissances conditionnée par le domaine de spécialisation « Ça c'était à l'hôpital qu'en médecine</p>	<p>C'est le.....c'est le côté administratif qui est pénible en médecine c'est que ce soit à l'hôpital ou en ville par exemple sur une visite à l'hôpital une matinée je passe plus de temps sur mon ordinateur que dans la chambre du patient, je trouve pas trop normal.»</p> <p>2. Catégorie : Internat complexifié par la lourdeur des formalités « On le fait ce qui est-il faut le faire alors pour ça. Si jamais le patient porte plainte eh eh eh et puis que le médecin qui arrive le vendredi soir et puis c'est le médecin de garde qui ne connaît pas le patient qu'il sache ce qui s'est passé. N'importe qui a besoin d'informations il faut noter après c'est par exemple le temps d'allumer l'ordinateur le temps que la bio elle se charge c'est toute la lenteur de tout ça et puis il faut cliquer partout et qu'il faut mettre dans plusieurs par exemple quand tu es en médecine générale et que tu vois des enfants il faut que tu notes tout ça sur ton ordinateur et que tu notes tout ça</p>	<p>je suis couché c'est que mes enfants. Non non. Moi c'est parce qu'ils sont petits ils me demandent beaucoup de temps. Et avant je faisais du sport, je faisais beaucoup de sport eh eh comme je te disais je faisais beaucoup d'activités à côté la musique, tout ça de sortir, d'aller faire un ciné, de sortir avec avec des amis.».</p> <p>1.8. Pression excessive = besoin de relaxation</p> <p>1. Catégorie : difficulté à gérer le temps de travail « C'est sur la gestion du temps de la journée c'est ce qui est compliqué c'est en on a en tout cas vous voyez le parcours c'est courir tout le temps, du temps qu'il faudrait pour tout faire quoi. C'est ça que j'ai trouvé difficile moi j'ai très bien vécu mon internat j'ai eu c'est l'idée si tu veux de courir toute la journée.».</p> <p>2. Catégorie : Surcharge de travail occasionnée par la lenteur du matériel informatique «Les ordinateurs qui vont plus vite ou bien que ça. Vraiment on ne peut</p>
---	--	---

<p>générale. En médecine générale, mon père connaît moins en médecine générale. J'ai plutôt tendance à suivre mes médecins généralistes, ce qu'ils disent. À l'hôpital pour des questions, ça ne serait arrivé par exemple pour des questions de réanimations par exemple des situations critiques à l'hôpital. Ça va dépendre du médecin avec qui je suis. Il y a un médecin. Je ne peux dire des situations précises. Oui des fois je suivrai l'avis de mon père. Dans le cas de la réanimation, je pense que qu'il a bon je serai de mauvaise langue si je te dirais que je ne suivrais pas ce que me dit mon père ».</p> <p>4. Catégorie : Suivisme des seniors conditionné par la confiance instaurée « Pas avec tous. Ça dépend. Il y en a avec qui cela m'est arrivé ou d'avoir entièrement confiance. Il y a des médecins, je pense à un à l'hôpital en qui j'avais entièrement confiance en ce qu'il disait. Je le suivrais comme si j'aurais suivi mon père. Et en</p>	<p>sur le carnet de santé, c'est tout ça qui apporte de la lourdeur. Puis après il faut il y a tout un tas de paperasses à remplir ça c'est le.....».</p> <p>1.9. Rapport au sensible = besoin de prise en considération de la dimension psychique de l'interne</p> <p>1. Catégorie : Complexité des responsabilités de l'interne « Et ensuite on a malgré tout une grosse responsabilité je trouve c'est pas. On ne vend pas des fringues, on est là pour parfois prendre des décisions qui sont difficiles. Il y a tout ça il y a aussi le patient parfois avec des situations qui sont compliquées. Des pathologies qui sont parfois lourdes et parfois c'est l'entourage c'est une prise en charge globale. La maladie révèle plein de choses si tu veux, après il va avoir le lien dans la famille. Ça révèle des soucis, des choses dans la famille, gérer la famille qui arrive aussi. Tout ça c'est difficile. Tout ça beaucoup de choses</p>	<p>pas passer c'est compliqué tu t'as tellement de boulot quand tu dis tu as 15 patients en charge, tu as 15 courriers potentiels ça ça prend du temps mais ça tu es obligé de tout faire tu es obligé de relire les bio, tu n'as pas le choix. ».</p> <p>3. Catégorie : Déconcentration de l'interne liée aux perturbations professionnelles «après c'est nous laisser de loin être interrompu c'est ça qui est quand on est interrompu dans les tâches c'est ça qui est compliqué aussi parce que tu perds du temps à te remettre dans le dossier. Tu perds le fil de ta réflexion mais ça c'est compliqué s'il faut mettre du boulon après concrètement. ».</p> <p>4. Catégorie : Interne dérangé par ses supérieurs hiérarchiques et par le personnel paramédical « Comme je te dis dans une journée on est dérangé par son chef. Il y a l'avis du machin. Il y a le SP qui vient voire votre chose, l'infirmière est débordée, il y a l'aide-soignant qui vient demandé-e si on prend le poids ou</p>
--	---	--

<p>médecine générale, il y en a deux en qui je fais entièrement confiance. D'autres pas ».</p>	<p>vraiment c'est très dense. On a accumulé plein plein de choses »</p> <p>2. Catégorie : Familles compliquées à gérer « Et à l'inverse, il y a des familles qui sont très compliquées à gérer. On m'a demandé d'euthanasier les gens. C'était très difficile. On m'a demandé de et comme les gens sont pas d'accord non plus donc il y a une sœur qui vient elle ça et qui il y a une autre sœur qui vient, je ne suis pas du tout d'accord ou alors qu'ils veulent cacher des informations aussi. Ça arrive. C'est très difficile. La famille entre elle n'est pas d'accord. C'est compliqué à gérer. ».</p> <p>3. Catégorie : Euthanasie utilisée comme alternative dérivative. « Je suis contre. Parce que les familles sont compliquées. Ils sont compliqués, c'est difficile. On ne fait pas médecine pour avoir le choix de vie ou de mort sur quelqu'un eh eh souvent quand les gens demandent l'euthanasie c'est que le problème est ailleurs. C'est difficile pour eux d'accepter la fin</p>	<p>si on ne prend pas le poids. On est énormément dérangé. On a du mal à suivre le fil ».</p>
--	--	---

	de vie. C'est difficile pour eux d'accompagner le patient. J'ai eu de très belles fins de vie, parfois difficiles mais très belles parce que la famille était soutenante, parce que le patient était bien accompagné et que tout était serein et en général quand ça se passe mal qu'il y a des demandes comme ça c'est que les gens ne sont pas soutenus. Ils sont tout seul dans leur lit d'hôpital ou que la famille elle ne se sent pas capable d'accompagner le malade c'est donc, pour non le problème il est ailleurs ».	
<p style="text-align: center;">Les facteurs de risque</p> <p>Nous entendons par facteurs de risque tout attribut, caractéristique ou exposition qui constitue une source de risque d'augmentation de la probabilité de développer une maladie (physique, mentale) ou de souffrir d'un traumatisme (Cyrulnik, 1999).</p>		
2.1. Situations conflictuelles	2.2. Stress	2.3. Charge de travail élevée
1. Catégorie : Conflit lié à la prise en charge jugée non adaptée « Oui. Ça m'est arrivé sur les fins de vie pour la prise en charge de la douleur. La prise en charge n'était pas du tout adaptée, qu'il ne fallait	1. Catégorie : Stress de l'interne lié à la surcharge de travail « Parfois il y a du stress de la part de l'interne, pour ne pas dire les internes très stressés qui du coup restent très renfermés. Ils sont	1. Catégorie : Surcharge de travail de l'interne « Parce que c'est un métier difficile. L'internat est difficile eh. Déjà dans la masse de travail eh eh, les journées sont longues. On a

<p>pas et c'était difficile à mon chef d'entendre que je n'étais pas d'accord avec cette prise en charge. Du coup j'ai essayé de trouver de contourner la vie ».</p>	<p>stressés par leurs responsabilités. Quand on arrive interne dans un service et qu'on a beaucoup de travail, on a beaucoup de choses à gérer. On est sollicité dans un plus dans tous les côtés. C'est facile de laisser accumuler par le stress, l'accumulation de travail. ».</p>	<p>beaucoup de travail. On a beaucoup de patients à s'occuper. On a toute la paperasse derrière. Il y a tout ça à gérer ».</p>
<p>2. Catégorie : conflit interne-infirmière « Eh eh les internes et les médecins, quand ils sont froids et distants, ils ne sont jamais dans le service, ils ne sont jamais disponibles pour l'infirmière. L'infirmière a besoin d'aide, ils ne répondent pas. Ils ne sont jamais là. Et puis ils donnent des informations. C'est comme à et il n'y a pas d'échanges ».</p>	<p>2. Catégorie : Pleurs liées à la difficulté de l'interne de surmonter le stress « D'exploser. Ou alors c'est arriver des internes à pleurer en plein milieu de la visite, qui craque complètement. Et qui va s'isoler un tout petit peu parce que ça va plus et puis qui revient et il fait comme il peut ça arrive. Il n'y a pas de soupape quoi. Ça monte ça monte et la personne n'a trouvé aucun moyen de redescendre et à un moment ça lâche quoi ».</p>	<p>2. Catégorie : Surcharge de travail de l'interne la nuit « Une nuit on est surchargé. On voit hein, il y a plus de deux cents entrées par jour donc je ne sais combien j'ai géré de patients ».</p>
<p>3. Catégorie : Conflit interne-infirmiers lié au stress vécu par l'interne « Et il y a d'autres qui ont tendance plutôt qu'à demander de l'aide à se renfermer et puis qui ne parlent, qui ne dialoguent pas. Ça donne un aspect et un peu plutôt froid de la personne. Les infirmières</p>	<p>3. Catégorie : Effondrement de l'interne lié à sa difficulté d'avoir la bonne distance. « Eh eh! J'ai eu cette chance-là de commencer tout de suite par un stage très dur où au début on reste un petit peu, c'est difficile d'avoir la bonne distance. Il ne faut pas craquer avec le</p>	<p>2.6. Chaos vocationnel</p> <p>1. Catégorie : Identification de l'interne « Le plus dur pour moi c'était mon premier stage en cancérologie où j'ai géré que des fins de vie. C'est difficile, il y a des cas qui vous touchent plus ou moins quand on commence à</p>

<p>n'osent rien lui demander ou l'interne n'ose pas lui demander parce qu'il y a aussi parfois des situations où il n'y a pas d'échanges ».</p>	<p>patient. Ça va pas l'aider. Et en fait j'ai, je suis sorti d'une chambre qui m'a touché. J'ai maintenu et à la fin, quand je suis sorti de la chambre, je suis allé m'isoler et puis là je me suis effondré. ».</p>	<p>s'identifier un petit peu. Par exemple une dame, ça aurait pu être ma mère, qui a eu une fin de vie superbe. C'était assez émouvant. J'ai eu aussi une fin de vie d'une maman de 35 ans et puisque deux jours avant on avait fêté l'anniversaire du petit garçon. On avait tout organisé dans sa chambre. Il y a des histoires de vie qui vous marquent plus que d'autres. Quel incident de vie qui nous rappelle notre vie et puis là ça nous touche ».</p>
	<p>4. Catégorie : Conflit d'autorité provoqué par l'interne « J'ai demandé un autre avis en quelqu'un en qui j'avais confiance. Eh bon à un autre médecin des urgences qui était dans une autre unité. Je suis allé quand je n'étais pas du tout d'accord je ne me mettais pas la vie en danger de la personne. Et ça n'avait pas du tout d'impact à peu près comme je voulais. Et plus bien voilà. J'ai eu un cas vraiment c'était un patient que je voulais qui devait être</p>	<p>2. Catégorie : Effondrement de l'interne lié à sa difficulté d'avoir la bonne distance « Eh eh! J'ai eu cette chance-là de commencer tout de suite par un stage très dur où au début on reste un petit peu, c'est difficile d'avoir la bonne distance. Il ne faut pas craquer avec le patient. Ça va pas l'aider. Et en fait j'ai, je suis sorti d'une chambre qui m'a touché. J'ai maintenu et à la fin, quand je suis sorti de la chambre, je suis allé</p>

	hospitalisé aux soins intensifs de cardio et qui ne voulait pas rentrer chez lui et là je me suis senti bloqué. Je suis allé voir un médecin qui était dans les urgences dans une autre unité et puis on l'a hospitalisé en soins intensifs ».	m'isoler et puis là je me suis effondré. ».
	5. Catégorie : Conflit d'autorité découlé du refus de l'interne d'obtempérer « Je ne pouvais pas hospitaliser. Il fallait l'aval d'un sénior et mon sénior c'est lui qui était mon chef ne voulait pas et du coup c'est l'autre sénior qui m'a donné son aval pour le faire hospitaliser ».	
	6. Catégorie : Tension entre l'interne et le chef liée à sa déconsidération « Comme elle était avant parce que de toute façon c'est quelqu'un qui ne parlait pas qui ne parlait pas qui était tout seul dans son coin et qui faisait sa petite affaire. Donc il a continué à faire son truc. Il s'est méfié, après la garde était tendue. De toute façon j'allais le voir uniquement quand j'avais besoin. Je n'avais pas confiance. Quand j'étais sur de	

	moi, je faisais mon truc et puis il voyait. Je ne sais si après je suis allé demander son avis ou pas »	
	<p>7. Catégorie : Identification de l'interne « Le plus dur pour moi c'était mon premier stage en cancérologie où j'ai géré que des fins de vie. C'est difficile, il y a des cas qui vous touchent plus ou moins quand on commence à s'identifier un petit peu. Par exemple une dame, ça aurait pu être ma mère, qui a eu une fin de vie superbe. C'était assez émouvant. J'ai eu aussi une fin de vie d'une maman de 35 ans et puisque deux jours avant on avait fêté l'anniversaire du petit garçon. On avait tout organisé dans sa chambre. Il y a des histoires de vie qui vous marquent plus que d'autres. Quel incident de vie qui nous rappelle notre vie et puis là ça nous touche ».</p>	
	<p>8. Catégorie : « complexité des responsabilités de l'interne « Et ensuite on a malgré tout une grosse responsabilité je trouve c'est pas. On ne vend pas des fringues, on est</p>	

	<p>là pour parfois prendre des décisions qui sont difficiles. Il y a tout ça il y a aussi le patient parfois avec des situations qui sont compliquées. Des pathologies qui sont parfois lourdes et parfois c'est l'entourage c'est une prise en charge globale. La maladie révèle plein de choses si tu veux, après il va avoir le lien dans la famille. Ça révèle des soucis, des choses dans la famille, gérer la famille qui arrive aussi. Tout ça c'est difficile. Tout ça beaucoup de choses vraiment c'est très dense ».</p>	
2.4. Brown-out ou démotivation	2.5. Distracteurs occupationnels	
<p>1. Catégorie : Médecine générale perçue comme un moyen de conversion identitaire rejeté « Oui. J'ai une copine qui voulait faire la pédopsychiatrie. Après son internat, elle est partie pour faire psychiatrie, elle a fait un grand remords pour faire la médecine générale. ».</p>	<p>1. Catégorie : Interne dérangé par ses supérieurs hiérarchiques et par le personnel paramédical. « Comme je te dis dans une journée on est dérangé par son chef. Il y a l'avis du machin. Il y a le SP qui vient voir votre chose, l'infirmière est débordée, il y a l'aide-soignant qui vient demander si on prend le poids ou si on ne prend pas le poids. On est énormément dérangé. On a du mal à suivre le fil ».</p>	

<p>2. Catégorie : Démotivation de l'interne liée au conflit avec ses chefs « Ça s'est mal passé dans son premier stage. Ça s'est mal passé avec ses chefs, ça s'est mal passé. Je ne pourrais pas donner les détails. Ça s'est mal passé et elle s'est posée beaucoup de questions et plus ça se passe mal on est moins motivé ».</p>		
---	--	--

ANNEXE I

EXEMPLE DE DÉCOUPAGE DE VERBATIM EN THÈMES ET/OU SOUS-THÈMES

Tableau 10

Qui parle?	Extraits	Thèmes ou sous-thèmes
Interviewer	Pour commencer, je voudrais savoir ce qui vous amené à faire médecine?	
Anna	<p>E. 1.0.1 : Moi depuis petit je voudrais être pédiatre [A 1]</p> <p>E.10.2 : Et donc que quand j'ai fait une filière scientifique Bac S, voilà j'ai été intéressé par les maths [A 2]</p> <p>E.10.3 : et la médecine. Et la médecine soit pédiatrie soit recherche [A 4]</p> <p>E.1.0.4 : donc que j'ai réussi le concours de premier coup en médecine et [A 5]</p> <p>E.1.0.5 : en fait en 3^e année, en fait en 2^e année on découvre un peu la clinique en stage. En stage on nous montre ce n'est pas à temps en stage. [A 6]</p> <p>E.1.0.6 : En fait en 3^e année j'ai fait je suis allé dans le service de pédiatrie et je me suis rendu compte que ce n'est pas que les enfants, [A 7]</p> <p>E.10.7 : .il y avait tout il y avait les parents et c'est un peu stressant je vais dire un peu de pression d'être avec les parents. [A 8]</p>	<p>Intérêt précoce pour la pédiatrie</p> <p>Intérêt pour les maths</p> <p>Intérêt pour la médecine</p> <p>Réussite du concours de médecine du premier coup</p> <p>Clinique en 2^e et 3^e année</p> <p>Pas seulement les enfants en pédiatrie</p> <p>Stress d'être avec les parents en pédiatrie</p>

	<p>E.1.0.8 : Et donc après j'ai continué mon bonhomme de chemin je suis arrivé en 5^e année en médecine, ça m'a</p> <p>E.1.0.9 : posé problème pour l'examen et du coup j'ai redoublé. [A 9]</p> <p>E.1.10 : Et à la suite de ça j'ai un peu perdue confiance en moi et je me suis dit moi je vais pas pouvoir espérer faire une grande carrière faire une spécialité qui me plaise [A 10]</p> <p>E.11 : et donc que je me suis intéressé aux spécialités qui n'allaient pas avec le classement. Je ne sais pas si vous voyez ça fonctionne. [A 11]</p> <p>E.1.12 : Et du coup je me suis intéressé à la médecine du travail, à la psychiatrie. J'avais donc fait une option de médecine du travail qui plaisait et [A 12]</p> <p>E.1.13 : comme j'ai eu à l'ECN un très mauvais classement. [A 13]</p> <p>E.1.14 : J'ai voulu d'abord redoubler mais je n'ai pas eu de soutien qui soit familial ou amical pour redoubler. Et donc voilà ça c'est fait comme cela. Qu'est ce que je choisis en premier. [A 14]</p> <p>E.1.15 : J'ai choisi psychiatrie parce que c'est un stage qui m'a beaucoup plu en 4^e année. [A 15]</p>	<p>Problème à l'examen en 5^e année</p> <p>Redoublement de la 5^e année</p> <p>Perte d'espoir de faire une spécialité plaisante</p> <p>Intérêt pour les Spécialités non classées</p> <p>Intérêt pour la médecine du travail et la psychiatrie</p> <p>Mauvais classement à l'ECN</p> <p>Pas de soutien amical et familial pour redoubler</p> <p>Choix de la psychiatrie en premier</p>
--	--	---

	<p>E.1.16 : Parce qu'il y a possibilité de il y a une offre d'emploi qui est très grande, [A 16]</p> <p>E.1.17 : on peut s'installer en libéral, en clinique et à l'hôpital. [A 17]</p> <p>E.1.18 : Voilà sauf que quand j'ai commencé l'internat en fait on m'a petit peu catapulté dans un stage en périphérique ou j'étais toute seule. [A 18]</p> <p>E.1.19 : J'ai eu très peu d'encadrement et j'étais en pédopsychiatrie. [A 19]</p> <p>E.1.20 : J'ai du prescrire des neuroleptiques sans qu'on m'explique les pathologies. [A 20]</p> <p>E.1.21 : Et c'était des enfants en pédopsychiatrie il manque beaucoup de moyens et on hospitalise que des patients très très sévères. Des schizophrénies précoces, des autismes donc des pathologies très sévères. [A 21]</p> <p>E.1.22 : Et je me suis senti un peu perdue. [A 22]</p> <p>E.1.23 : Et pas du tout encadré [A 23]</p>	<p>Offre d'emploi grande</p> <p>Installation en libéral et à l'hôpital</p> <p>stage en périphérie toute seule</p> <p>très peu d'encadrement en pédopsychiatrie</p> <p>Prescription de neuroleptiques sans connaître les pathologies</p> <p>enfants en pédopsychiatrie Manque de moyens hospitalisation de patients très sévéres</p> <p>Sentiment de perte</p> <p>Pas d'encadrement</p>
--	--	--

	<p>E.1.24 : et j'ai posé la question de mon orientation alors je me suis dit je peux passer en médecine générale. [A 24]</p> <p>E.1.25 : Je suis allé en gériatrie, [A 25]</p> <p>E.1.26 : j'étais très bien encadré mais mes soucis sont revenus à la surface parce que c'était une pression très importante avec des gardes aux urgences.</p> <p>E.1.27 : J'ai du arrêter les gardes aux urgences. [A 27]</p> <p>E.1.28 : En fait J'ai eu un arrêt de travail et les médecins [A 28]</p> <p>E.1.29 : ont perdu la confiance en moi en se disant elle ne va tenir le coup physiquement, [A 29]</p> <p>E.1.30 : je perdais mes moyens en fait finalement et[A 30]</p> <p>E.1.31 : j'avais l'impression de toute façon qu'ils n'allaient pas me superviser.</p> <p>E.1.32 : Et là je ne me suis pas du tout senti à ma place. [A 32]</p> <p>E.1.33 : Et le médecin m'a dit tu as vu tu n'es pas faite pour ça. [A 33]</p> <p>E.1.34 : Du coup je me suis remise en question et j'ai fait mon stage ici en médecine adulte et c'est juste au dessus. [A 34]</p> <p>E.35 : Tous les stages au CHU et en ce qui concerne les spécialités c'est beaucoup plus de l'exigence parce que il y a un côté universitaire, parce qu'on nous demande plus de choses, parce que c'est bien carré. [A 35]</p> <p>E.1.36 : Mais en général on est beaucoup plus supervisé, on peut demander de l'aide. Voilà c'est bien encadré. [A 36]</p>	<p>Questionnement sur son orientation</p> <p>Réorientation en gériatrie</p> <p>Très bien encadrée</p> <p>Pression très importante</p> <p>Arrêt des gardes aux urgences</p> <p>Arrêt de travail</p> <p>Perte de confiance des médecins</p> <p>Perte des moyens</p> <p>Impression de ne devoir être supervisé</p> <p>Sentiment de n'être pas à sa place</p> <p>Remarque du médecin de ne pas être faite pour ça</p> <p>Remise en question</p> <p>Stages exigeants au CHU</p> <p>Beaucoup de supervision</p>
--	---	---

	<p>E.1.37 : Et là je suis parti pour trois mois en hospitalisation que j'ai trouvé intéressant</p> <p>E.1.38 : mais mes problèmes de santé qui consiste voilà je suis épileptique [A 37]</p> <p>E.1.39 : et le stage était très fatigable et j'étais très fatigué suite au stage précédent. [A 39]</p> <p>E.1.40 : Et c'était dur et j'ai tenu. [A 40]</p> <p>E.1.41 : Et après en fait les trois mois on les passe aux urgences et en réanimation et pour les tentatives de suicide ça reste toujours sur les plans psychiatriques [A 41]</p> <p>E.1.42 : et aux urgences c'est vraiment la décision très rapide on a une demi heure pour décider on hospitalise on n'hospitalise pas sachant qu'il n'y a pas beaucoup de places. [A 42]</p> <p>E.1.43 : En fait la pression la fatigue ont fait [A 43]</p> <p>E.1.44 : que je l'ai très mal vécu [A 44]</p> <p>E.1.45 : mais j'ai tenu jusqu'à la fin jusqu'à la fin du stage. [A 45]</p> <p>E.1.46 : Parce qu'on manquait d'effectifs et j'espère voilà qu'on. Ce n'est pas comme les infirmiers que quand il y a un poulx d'infirmiers quand il y a quelqu'un qui manque il y a quelqu'un qui arrive. nous quand on est interne s'il y a trois internes si quelqu'un manque les deux font le travail de trois. C'est ça la problématique nous en fait. [A 46]</p> <p>E.1.47 : On se culpabilise si on veut se mettre en arrêt de travail. Si on sent qu'on est plus capable de travailler on se</p>	<p>Trois mois en stages d'hospitalisation</p> <p>Épileptique</p> <p>Stage fatigable</p> <p>J'ai tenu</p> <p>Trois aux urgences et en réanimation</p> <p>Décision très rapide aux urgences</p> <p>Pression et fatigue</p> <p>Mal vécu le stage</p> <p>J'ai tenu</p> <p>Manque d'effectifs</p>
--	---	--

	<p>dit c'est les autres qui vont payer pour pour nous en fait donc c'est un gros aspect de culpabilité de laisser une équipe toute seule</p> <p>E.1.48 : et voilà on a envie on se donne la pression. Voilà j'étais totalement en psychiatrie je me dis ce n'est pas possible là j'ai vraiment commencé à vraiment développé des pressions infernantes dans un</p> <p>E.1.49 : contexte je suis épuisé j'arrive plus je suis perdu. Je me suis dit à nouveau j'ai essayé si on reprend la pédopsychiatrie, la gériatrie dans un contexte de médecine générale, la psychiatrie pour dire voilà j'ai essayé la médecine du travail. Cette partie de spécialités qui m'était excessive [A 49]</p> <p>E.1.50 : en fait j'ai une hygiène de vie qui est correcte avec 35 heures par semaine [A 50]</p> <p>E.1.51 : et en fait j'étais tellement fatigué [A 51]</p> <p>E.1.52 : que je m'en dormais partout. Que je m'en dormais dans la voiture. [A 52]</p> <p>E.1.53 : Que je me suis mis en arrêt de travail sachant qu'on m'a dit qu'on avait pas forcément besoin de moi, je n'étais pas forcément responsable. Du coup là je me suis mis en arrêt de travail et j'ai pas pu reprendre et j'étais vraiment en difficulté (sourire) j'étais en cours de réflexion. J'ai fait un arrêt de 5 mois et demi [A 53]</p> <p>E.1.54 : et j'ai rencontré en fait ici on a un professeur Crouton, vous le connaissez? [A 54]</p>	<p>Auto-culpabilisation</p> <p>Autopression</p> <p>Épuisement</p> <p>Hygiène de vie correcte</p> <p>Fatigué tellement</p> <p>Dormir partout</p> <p>Arrêt maladie de 5 mois et demi</p> <p>Rencontre de Professeur Crouton</p>
Interviewer	Je n'ai pas suivi....	

Anna	<p>E.1.55 : Alors professeur Crouton est celui qui s'occupe des internes qui ont des problèmes d'orientation. Donc dès qu'il y a un interne en difficulté on peut faire appel à professeur Crouton qui s'occupe de nous eh et du coup en fait il a bien [A 55]</p> <p>E.1.56 : vu mes difficultés et le fait que j'étais pas bien que j'étais pas encore je veux dire j'avais pas la capacité psychique de supporter d'aborder encore la clinique avec les patients donc de soigner [A 56]</p>	<p>Rôle de Professeur Crouton</p> <p>Ressentiment de mon incapacité à soigner</p>
Interviewer	C,est ce qu'il a dit?	
Anna	<p>Non ce n'est pas ce qu'il a dit mais c'est ce qu'il a ressenti. Voilà c'est ce qu'il a ressenti.</p>	Ressentiment de Professeur Crouton
Interviewer	Qu'est-ce qu'il a dit?	
Anna	<p>E.1.57 : Eh qu'est-ce qu'il a dit eh eh il a dit la psychiatrie vaut mieux oublier [A 57]</p> <p>E.1.58 : la médecine du travail vous allez essayer [A 57]</p> <p>E.1.59 : eh et bon voilà il n'a pas trop parlé de la médecine générale bon sachant que j'avais essayé. [A 59]</p> <p>E.1.60 : Il a dit voilà il vous reste une possibilité c'est la santé publique. [A 60]</p> <p>E.1.61 : J'ai dit je ne connais pas du tout la santé publique, c'est vraiment une discipline qu'on voit très rapidement au cours de nos études. Je ne sais du tout à quoi ça correspond. C'est très vaste ça veut dire tout et n'importe quoi voilà [A 61]</p> <p>E.1.62 : et du coup j'ai rencontré le chef de service de santé publique qui est professeur fadeau qui était près de la retraite [A 62]</p>	<p>Oubli de la psychiatrie</p> <p>Essai de la médecine du travail</p> <p>Rien à propos de la médecine générale</p> <p>Proposition de la santé publique</p> <p>Inconnaissance de la santé publique</p> <p>Rencontre du chef de santé publique</p>

	<p>E.1.63 : et donc qui m,a en fait il m,a expliqué un peu quel était le travail quel était le parcours d'un interne en santé publique [A 63]</p> <p>E.1.64 : et en fait c,était beaucoup plus exigeant que ce que les gens pensent. Les gens pensent que la santé publique c'est une discipline qu,on fait parce qu,on est dernier du classement c,est le cas des fois mais en fait pour réussir le DES de santé publique il faut un master 1 et le master 2 est obligatoire en fait pour valider la spécialité. [A 64]</p> <p>E.1.65 : Et voilà c,est il y a très peu d'internes en fait qui veulent faire une carrière universitaire, qui veulent aller jusqu,au master 2. [A 65]</p> <p>E.1.66 : C'est vrai qu'on a pas que ça à faire un master 2 [A 66]</p> <p>E.1.67 : ça veut dire disponibilité ça veut dire pas de salaire. Ça veut dire pas de salaire [A 67]</p> <p>E.1.68 : et du coup il m,a énormément effrayé et en fait je [A 69]</p> <p>E.1.69 : me suis senti totalement perdu sur ce que je vais faire [A 69]</p> <p>E.1.70 : alors je me suis dit je ne vais pas m'engager maintenant. Je ne vais pas dire je prends une spécialité comme ça sans savoir. [A 70]</p> <p>E.1.71 : Je me suis pris une disponibilité de 6 mois que j'ai autofinancé avec un prêt. [A 71]</p> <p>E.1.72 : Donc c'était vraiment dur. Et par contre je voulais vraiment eh faire quelque chose pour m,aider à me décider alors là j'ai fait [A 72].</p>	<p>Explication du parcours en santé publique</p> <p>Parcours exigeant</p> <p>Engagement de peu d'internes en santé publique</p> <p>Demande de disponibilité</p> <p>Pas de salaire</p> <p>Frayeur</p> <p>Totalement perdu</p> <p>Dispense d'engagement</p> <p>Disponibilité de 6 mois autofinancée</p> <p>Indécision</p>
--	--	---

	<p>E.1.73 : je me suis inscrite au fameux master 1 qu'il préconisait. Et je me suis dit j'essaye de mon côté de faire un master 1 de santé publique à distance qui est fait à paris. Et en fait il nous envoie les cours on les travaille et puis en fait on passe aux examens. [A 73]</p> <p>E.1.74 : Et finalement j'ai bien aimé ce master. Au cours de ce master il n'y a aucune, on ne parle pas du tout santé publique, on ne parle pas d'économie, on nous parle juste il faut qu'on apprenne les bases les statistiques, la méthodologie et donc en fait l'épidémiologie m'a beaucoup intéressée. [A 74]</p> <p>E.1.75 : Les statistiques je n'étais pas très à l'aise mais j'ai réussi à me mettre dedans. [A 75]</p> <p>E.1.76 : On a quelques notions en première et voilà j'ai réussi à valider eh du coup [A 76]</p> <p>E.1.77 : eh je l'ai à nouveau rencontré Professeur Crouton eh il a dit beh en fait il était le fait que je m'étais lancé dans une démarche personnelle [A 77]</p> <p>E.1.78 : il m'a encouragé à faire santé publique et du coup il s'est dit on va faire un stage qui permet de valider la santé publique sans forcément s'engager maintenant. En fait à Angers. On a très d'internes en santé publique, en psychiatrie ils sont 45. C'est pas du tout une ville pour faire la santé publique. La santé publique il faut aller à paris à rennes. Dans de grandes villes et donc de [A 78]</p>	<p>Inscription au master 1 en santé publique à distance</p> <p>Intérêt pour ce master</p> <p>Pas à l'aise avec les statistiques Validation néanmoins</p> <p>Rencontre de Professeur Crouton</p> <p>Encouragement de faire santé publique et proposition de stage</p>
--	---	--

ANNEXE J

**EXEMPLE DE PRODUCTION DE QUELQUES ÉNONCÉS PHÉNOMÉNOLOGIQUES
DES PRODUCTIONS BIOGRAPHIQUES DE MARJOLAINE [A 1 ; A78]**

Tableau 11

Unité de signification naturelle	Thème central	Analyse du thème central
« Moi depuis toute petite je voudrais être pédiatre ».	Elle désire devenir pédiatre depuis l'enfance.	Le sujet a un intérêt précoce pour la pédiatrie.
« Et donc que quand j'ai fait une filière scientifique Bac S, voilà j'ai été intéressé par les maths et la médecine. Et la médecine soit pédiatrie soit recherche ».	Elle dit qu'elle a fait la filière scientifique Bac S parce qu'elle était intéressé par les maths et la pédiatrie.	En s'engageant dans une filière scientifique Bac S, l'intérêt professionnel du sujet se trouvait dans les maths et la pédiatrie.
« donc que j'ai réussi le concours de premier coup en médecine et »	Elle a réussi le concours en médecine au premier coup.	Le concours d'entrée en médecine a été réussi au premier coup.
« en fait en 3 ^e année, en fait en 2 ^e année on découvre un peu la clinique en stage. En stage on nous montre ce n'est pas à temps en stage ».	Elle a découvert la clinique en 2 ^e et 3 ^e année pendant les stages.	Le sujet a découvert la clinique en 2 ^e et 3 ^e année en stages.
« En fait en 3 ^e année j'ai fait je suis allé dans le service de pédiatrie et je me suis rendu compte que ce n'est pas que les enfants, ».	En 3 ^e année en stage de pédiatrie, elle s'est rendu compte que ce n'est pas que les enfants.	Le sujet s'est rendu compte que la pédiatrie n'était pas qu'occupée par les enfants.

« il y avait tout il y avait les parents et c'est un peu stressant je vais dire un peu de pression d'être avec les parents ».	Elle dit qu'elle a ressenti une pression quand elle s'est aperçue d'être avec les parents.	Le sujet a ressenti une pression lorsqu'il a constaté la présence des parents en pédiatrie.
« Et donc après j'ai continué mon bonhomme de chemin je suis arrivé en 5 ^e année en médecine, ça m'a posé problème pour l'examen et du coup j'ai redoublé ».	Elle dit qu'elle a redoublé la 5 ^e année de médecine.	Le sujet a redoublé la 5 ^e année de médecine.
« Et à la suite de ça j'ai un peu perdue confiance en moi et je me suis dit moi je vais pas pouvoir espérer faire une grande carrière faire une spécialité qui me plaise ».	Elle dit qu'elle a perdu espoir de faire une spécialité qui lui plaise après son échec en 5 ^e année.	Le sujet a perdu espoir de faire une spécialité qui lui plaise après son échec en 5 ^e année.
« et donc que je me suis intéressé aux spécialités qui n'allaient pas avec le classement. Je ne sais pas si vous voyez ça fonctionne ».	Elle s'est donc intéressée aux spécialités non classées.	Le sujet s'est donc intéressé aux spécialités non classées.
« Et du coup je me suis intéressé à la médecine du travail, à la psychiatrie. J'avais donc fait une option de médecine du travail qui plaisait et ».	Elle s'est intéressée à la médecine du travail et à la psychiatrie.	Le sujet s'est intéressé à la médecine du travail et à la psychiatrie.

« comme j'ai eu à l'ECN un très mauvais classement. J'ai voulu d'abord redoubler mais je n'ai pas eu de soutien qui soit familial ou amical pour redoubler. Et donc voilà ça c'est fait comme cela. Qu'est-ce que je choisis en premier ».	Comme elle a eu un mauvais classement à l'ECN, elle a voulu redoubler. Mais elle n'a pas eu de soutien amical ou familial pour le faire.	Le sujet n'a eu aucun appui familial ou amical pour la soutenir dans son entreprise de redoublement du fait de son mauvais classement à l'ECN.
« J'ai choisi psychiatrie parce que c'est un stage qui m'a beaucoup plu en 4 ^e année ».	Elle donc choisi de faire psychiatrie. Ce stage l'a beaucoup plu en en 4 ^e année.	Le sujet a choisi de faire psychiatrie du fait que ce stage l'a beaucoup plus en 4 ^e année.
« Parce qu'il y a possibilité de il y a une offre d'emploi qui est très grande, on peut s'installer en libéral, en clinique et à l'hôpital ».	Elle a choisi la psychiatrie parce qu'il y avait une offre d'emploi très grande et aussi parce qu'elle pouvait s'installer en libéral.	Le sujet a choisi la psychiatrie du fait que l'offre d'emploi était grande et l'installation en libéral était possible.
« Voilà sauf que quand j'ai commencé l'internat en fait on m'a petit peu catapulté dans un stage en périphérique ou j'étais toute seule ».	Elle dit qu'elle a été catapultée dans un stage en périphérique où elle était toute seule.	Le sujet a été catapulté dans un stage en périphérie où il s'est retrouvé tout seul.
« J'ai eu très peu d'encadrement et j'étais en pédopsychiatrie. J'ai du prescrire des neuroleptiques sans qu'on m'explique les pathologies ».	Elle dit qu'elle avait très peu d'encadrement en pédopsychiatrie et elle a prescrit les neuroleptiques dans pour autant connaître les pathologies.	Le sujet a eu très peu d'encadrement en pédopsychiatrie. Il a prescrit des neuroleptiques alors qu'il ne connaissait pas les pathologies.

« Et c'était des enfants en pédopsychiatrie il manque beaucoup de moyens et on hospitalise que des patients très très sévères. Des schizophrénies précoces, des autismes donc des pathologies très sévères ».	Elle avait à faire aux enfants et il manque beaucoup de moyens. Les hospitalisations étaient beaucoup plus des cas sévères soit schizophrénies précoces, autismes, etc.	Le sujet se trouvait dans un contexte d'hospitalisations de cas sévères telles que schizophrénies précoces, autismes et ceci avec une pénurie de moyens.
« Et je me suis senti un peu perdue. Et pas du tout encadré et j'ai posé la question de mon orientation alors je me suis dit je peux passer en médecine générale ».	Elle s'est sentie perdue et très peu encadrée. Elle a posé la question de son orientation. Et elle a dit qu'elle peut passer en médecine générale.	Le sujet se sentant perdu et très peu encadré, a posé la question de son orientation. Il a pensé passer en médecine générale.
« Je suis allé en gériatrie, j'étais très bien encadré mais mes soucis sont revenus à la surface parce que c'était une pression très importante avec des gardes aux urgences. J'ai dû arrêter les gardes aux urgences ».	Elle est allée en gériatrie mais la pression très importante l'a fait arrêter les gardes aux urgences.	Le sujet s'est engagé en gériatrie. Mais du fait de la pression très importante, elle a arrêté les gardes aux urgences.
« En fait J'ai eu un arrêt de travail et les médecins ont perdu la confiance en moi en se disant elle ne va tenir le coup physiquement,».	Elle a fait un arrêt maladie et les médecins ont perdu la confiance en elle. Ils lui ont dit qu'elle ne va tenir le coup physiquement.	Le sujet a fait un arrêt maladie. Ce qui lui a valu la perte de confiance des médecins. Pour ceux-ci, il ne tiendra pas le coup physiquement.
« je perdais mes moyens en fait finalement et j'avais	Elle perdait ses moyens. Elle avait l'impression qu'ils	Le sujet perdait ses moyens parce qu'il avait l'impression

l'impression de toute façon qu'ils n'allaient pas me superviser. Et là je ne me suis pas du tout senti à ma place ».	n'allaient pas la superviser. Du coup elle s'est sentie ne pas être à sa place.	que les médecins n'allaient plus la superviser. Il s'est senti ne pas être à sa place.
« Et le médecin m'a dit tu as vu tu n'es pas faite pour ça. Du coup je me suis remise en question et j'ai fait mon stage ici en médecine adulte et c'est juste au-dessus ».	Et le médecin lui dit qu'elle n'était pas faite pour ça. Du coup elle s'est remise en question.	La remise en question du sujet tient au fait que le médecin lui dit qu'il n'était pas à sa place.
« Tous les stages au CHU et en ce qui concerne les spécialités c'est beaucoup plus de l'exigence parce que il y a un côté universitaire, parce qu'on nous demande plus de choses, parce que c'est bien carré ».	Elle dit que tous les stages au CHU sont exigeants surtout en ce qui concerne les spécialités. Et ceci parce que c'est universitaire, trop de choses sont demandées à l'étudiant et c'est bien carré.	Le sujet dit que les stages au CHU sont exigeants surtout en ce qui concerne les spécialités parce que tout d'abord c'est universitaire, ensuite trop de choses sont demandées à l'étudiant et enfin, c'est bien carré.
« Mais en général on est beaucoup plus supervisé, on peut demander de l'aide. Voilà c'est bien encadré ».	Elle dit qu'en général le stage est beaucoup plus supervisé et c'est bien encadré, on peut demander de l'aide.	Le sujet dit qu'il y a beaucoup plus de supervision au CHU et c'est bien encadré. Il est possible de demander de l'aide.
« Et là je suis parti pour trois mois en hospitalisation que j'ai trouvé intéressant mais mes problèmes de santé qui consiste	Elle est partie pour trois en hospitalisation qu'elle a trouvé intéressant. Toutefois ses problèmes d'épilepsie l'ont rattrapé. Elle signale que	Le sujet est partie au CHU pour faire un stage de trois mois en hospitalisation. Mais du fait de son problème d'épilepsie et la fatigabilité du

voilà je suis épileptique et le stage était très fatigable et j'étais très fatigué suite au stage précédent. Et c'était dur et j'ai tenu ».	le stage était fatigable et elle était très fatiguée suite au stage précédent. elle n'a pas tenu le coup parce que c'était dur.	stage précédent, il s'est senti très fatigué et il n'a pas tenu le coup.
« Et après en fait les trois mois on les passe aux urgences et en réanimation et pour les tentatives de suicide ça reste toujours sur les plans psychiatriques et aux urgences c'est vraiment la décision très rapide on a une demi-heure pour décider on hospitalise on n'hospitalise pas sachant qu'il n'y a pas beaucoup de places. En fait la pression la fatigue ont fait que je l'ai très mal vécu mais j'ai tenu jusqu'à la fin jusqu'à la fin du stage ».	Elle dit qu'on passe les trois mois de stage aux urgences et en réanimation. Aux urgences, elle dit que c'est vraiment la décision très rapide sachant qu'il n'y a pas assez de places pour hospitaliser. La pression et la fatigue ont fait qu'elle a mal vécu ce stage malgré le fait qu'elle a tenu jusqu'à la fin du stage.	
« Parce qu'on manquait d'effectifs et j'espère voilà qu'on. Ce n'est pas comme les infirmiers que quand il y a un pouls d'infirmiers quand il y a quelqu'un qui manque il y a quelqu'un qui arrive. nous	Elle dit que les internes se font une autopression constatée par le sentiment de culpabilité à se mettre en arrêt maladie. Et ceci parce que ce sont les autres qui vont payer.	Le sujet dit que les internes développent une autopression constatée par le sentiment de culpabilité à se mettre en arrêt maladie sachant que ce sont les autres qui vont payer.

<p>quand on est interne s'il y a trois internes si quelqu'un manque les deux font le travail de trois. C'est ça la problématique nous en fait. On se culpabilise si on veut se mettre en arrêt de travail. Si on sent qu'on est plus capable de travailler on se dit c'est les autres qui vont payer pour nous en fait donc c'est un gros aspect de culpabilité de laisser une équipe toute seule et voilà on a envie on se donne la pression ».</p>		
<p>« Voilà j'étais totalement en psychiatrie je me dis ce n'est pas possible là j'ai vraiment commencé à vraiment développé des pressions infernantes dans un contexte je suis épuisé j'arrive plus je suis perdu. Je me suis dit à nouveau j'ai essayé si on reprend la pédopsychiatrie, la gériatrie dans un contexte de médecine générale, la psychiatrie pour dire voilà j'ai essayé la médecine du travail.</p>	<p>Elle a développé des pressions infernales dans un contexte où elle était épuisée, elle était perdue. Elle s'est dit si on reprend la pédopsychiatrie et la gériatrie dans un contexte de médecine générale. Elle dit qu'elle a une hygiène de vie correcte pour 35 heures par semaine. Elle était tellement fatiguée qu'elle dormait partout. Elle s'est mise en arrêt maladie sachant qu'on lui avait dit qu'on n'avait pas</p>	<p>Le sujet a développé des pressions infernales dans un contexte où il était épuisé et perdu. Il s'est dit s'il pouvait reprendre la pédopsychiatrie et la gériatrie dans un contexte de médecine générale. Si 35 heures par semaines est correcte pour lui, il s'est senti tellement fatigué pendant le stage si bien qu'il dormait partout. Sachant qu'on lui avait dit qu'on n'avait pas forcément besoin de lui, il</p>

<p>Cette partie de spécialités qui m'était excessive en fait j'ai une hygiène de vie qui est correcte avec 35 heures par semaine et en fait j'étais tellement fatigué que je m'en dormais partout. Que je m'en dormais dans la voiture. Que je me suis mis en arrêt de travail sachant qu'on m'a dit qu'on avait pas forcément besoin de moi, je n'étais pas forcément responsable. Du coup là je me suis mis en arrêt de travail et j'ai pas pu reprendre et j'étais vraiment en difficulté (sourire) j'étais en cours de réflexion. J'ai fait un arrêt de 5 mois et demi et j'ai rencontré en fait ici on a un professeur Crouton, vous le connaissez?»</p>	<p>forcément besoin d'elle. Elle n'a pas pu reprendre et l'arrêt maladie a duré 5 mois et demi pendant lequel elle a rencontré Professeur Crouton.</p>	<p>s'est mis en arrêt maladie pendant 5 mois et demi et pendant ce temps, il a rencontré professeur Crouton.</p>
<p>« Alors professeur Crouton est celui qui s'occupe des internes qui ont des problèmes d'orientation. Donc dès qu'il y a un interne en difficulté on peut faire appel à professeur Crouton qui s'occupe de nous</p>	<p>Elle dit que Professeur Crouton s'occupe des internes en difficulté. Professeur a vu ses difficultés et il lui dit qu'elle n'avait pas la capacité physique d'aborder la clinique</p>	<p>Le sujet dit que Professeur Crouton s'occupe des internes en difficulté. Ayant constaté que le sujet a des difficultés, il lui dit qu'il n'avait pas la capacité physique de soigner</p>

eh et du coup en fait il a bien vu mes difficultés et le fait que j'étais pas bien que j'étais pas encore je veux dire j'avais pas la capacité psychique de supporter d'aborder encore la clinique avec les patients donc de soigner».	avec les patients donc de soigner.	c'est-à-dire d'aborder la clinique avec les patients.
« Non ce n'est pas ce qu'il a dit mais c'est ce qu'il a ressenti. Voilà c'est ce qu'il a ressenti».	Elle dit que c'est ce que Professeur Crouton a ressenti.	Le sujet dit ce que c'est ce qu'a ressenti Professeur Crouton.
« Eh qu'est-ce qu'il a dit eh eh il a dit la psychiatrie vaut mieux oublier la médecine du travail vous allez essayer eh et bon voilà il n'a pas trop parlé de la médecine générale bon sachant que j'avais essayé. Il a dit voilà il vous reste une possibilité c'est la santé publique. J'ai dit je ne connais pas du tout la santé publique, c'est vraiment une discipline qu'on voit très rapidement au cours de nos études. Je ne sais du tout à quoi ça correspond. C'est très vaste ça veut dire tout et n'importe quoi voilà ».	Elle dit qu'il lui a été demandé d'oublier la psychiatrie. Professeur Crouton n'a pas trop parlé de la médecine générale dit-elle. Il lui proposé la santé publique qu'elle ne connaissait pas.	Monsieur Crouton a demandé au sujet d'oublier la psychiatrie. Sachant que le sujet avait essayé la médecine générale, Il lui a proposé la santé publique que le sujet ne connaissait pas.

<p>« et du coup j'ai rencontré le chef de service de santé publique qui est professeur fadeau qui étais près de la retraite</p> <p>et donc qui m,a en fait il m,a expliqué un peu quel était le travail quel était le parcours d'un interne en santé publique et en fait c,était beaucoup plus exigeant que ce que les gens pensent. Les gens pensent que la santé publique c'est une discipline qu,on fait parce qu,on est dernier du classement c,est le cas des fois mais en fait pour réussir le DES de santé publique il faut un master 1 et le master 2 est obligatoire en fait pour valider la spécialité.</p> <p>Et voilà c,est il y a très peu d'internes en fait qui veulent faire une carrière universitaire, qui veulent aller jusqu,au master 2 ».</p>	<p>Elle a rencontré le chef de service de santé publique qui lui a expliqué le parcours d'un interne en santé publique. Elle constaté que c'était exigeant et que très peu d'internes s'y engageaient.</p>	<p>Le sujet a rencontré le chef de service de santé publique qui lui a expliqué le parcours d'un interne en santé publique. Il a constaté que contrairement à ce que beaucoup d'internes pensent, la santé publique est une filière très exigeante.</p>
<p>« C'est vrai qu'on a pas que ça à faire un master 2 ça veut dire disponibilité ça veut dire pas</p>	<p>Elle découvre que faire un master 2 en santé publique veut dire disponibilité et pas</p>	<p>Le sujet découvre que faire un master 2 en santé publique veut dire disponibilité et</p>

<p>de salaire. Ça veut dire pas de salaire et du coup il m,a énormément effrayé et en fait je me suis senti totalement perdu sur ce que je vais faire alors je me suis dit je ne vais pas m'engager maintenant. Je ne vais pas dire je prends une spécialité comme ça sans savoir ».</p>	<p>de salaire. Ce qui l'a énormément effrayé et elle s'est sentie totalement perdue. Elle a préféré ne pas s'engager maintenant pour ne faire une spécialité sans savoir.</p>	<p>absence de salaire. Ce qui l'a effrayé et l'a entraîné dans un sentiment de perte totale. Elle a préféré ne pas s'engager pour le moment.</p>
<p>« Je me suis pris une disponibilité de 6 mois que j'ai autofinancé avec un prêt. Donc c'était vraiment dur. Et par contre je voulais vraiment eh faire quelque chose pour m'aider à me décider alors là j'ai fait je me suis inscrite au fameux master 1 qu'il préconisait. Et je me suis dit j'essaye de mon côté de faire un master 1 de santé publique à distance qui est fait à paris. Et en fait il nous envoie les cours on les travaille et puis en fait on passe aux examens ».</p>	<p>Elle a pris une disponibilité de 6 mois qu'elle a autofinancée avec un prêt. Voulant faire quelque chose pour s'aider à se décider, elle s'est inscrite au fameux master 1 à distance.</p>	<p>Le sujet a pris une disponibilité de 6 mois qu'il s'est autofinancé avec un prêt. Il s'est inscrit au master 1 en santé publique à distance parce qu'il voulait faire quelque chose pour se décider.</p>

<p>« Et finalement j'ai bien aimé ce master. Au cours de ce master il n'y a aucune, on ne parle pas du tout santé publique, on ne parle pas d'économie, on nous parle juste il faut qu'on apprenne les bases les statistiques, la méthodologie et donc en fait l'épidémiologie m'a beaucoup intéressée.</p> <p>Les statistiques je n'étais pas très à l'aise mais j'ai réussi à me mettre dedans.</p> <p>On a quelques notions en première et voilà j'ai réussi à valider eh du coup ».</p>	<p>Elle dit qu'elle bien aimé ce master au cours duquel on ne parle pas du tout de santé publique, ni d'économie. On y parle des bases des statistiques, la méthodologie. Elle a été intéressée par l'épidémiologie. Même si elle n'était pas à l'aise avec les statistiques, elle a réussi à se mettre dedans et à les réussir.</p>	<p>Le sujet a aimé le master 1 en santé publique dans lequel on parle beaucoup plus des bases des statistiques. Il a été intéressé par l'épidémiologie même s'il n'était pas très à l'aise avec les statistiques qu'il a finalement réussi.</p>
---	--	---

ANNEXE K

EXTRAIT D'ANALYSE CONCEPTUELLE DES PRODUCTIONS BIOGRAPHIQUES

De Marjolaine [A 1 ; A78]

Tableau 12

Unités de significations naturelles	Catégories
Moi depuis petit je voudrais être pédiatre.	Intérêt précoce pour la pédiatrie
Et donc que quand j'ai fait une filière scientifique Bac S, voilà j'ai été intéressée par les maths et la médecine.	Engagement en filière scientifique liée à la projection de faire maths ou médecine
Et la médecine soit pédiatrie soit recherche. donc que j'ai réussi le concours de premier coup en médecine	Réussite du concours de médecine d'un coup
et en fait en 3 ^e année, en fait en 2 ^e année on découvre un peu la clinique en stage.	Découverte de la clinique en 2 ^e et 3 ^e année
En stage on nous montre ce n'est pas à temps en stage. En fait en 3 ^e année j'ai fait je suis allé dans le service de pédiatrie et je me suis rendu compte que ce n'est pas que les enfants, il y avait tout il y avait les parents et c'est un peu stressant je vais dire un peu de pression d'être avec les parents.	Stress dérivé de la présence des parents en pédiatrie
Et donc après j'ai continué mon bonhomme de chemin je suis arrivé en 5 ^e année en médecine, ça m'a posé problème pour l'examen et du coup j'ai redoublé.	Redoublement en 5 ^e année
Et à la suite de ça j'ai un peu perdue confiance en moi et je me suis dit moi je vais pas pouvoir espérer faire une grande carrière faire une spécialité qui me plaise	Démotivation liée à la désespérance de faire une carrière plaisante
et donc que je me suis intéressée aux spécialités qui n'allaient pas avec le classement. Je ne sais pas si vous voyez ça fonctionne. Et du coup je me suis intéressé à la médecine du	Intérêt pour les spécialités non classantes

<p>travail, à la psychiatrie. J'avais donc fait une option de médecine du travail qui plaisait et comme j'ai eu à l'ECN un très mauvais classement.</p>	
<p>J'ai voulu d'abord redoubler mais je n'ai pas eu de soutien qui soit familial ou amical pour redoubler.</p>	<p>Manque du soutien pour redoubler</p>
<p>Et donc voilà ça c'est fait comme cela. Qu'est ce que je choisis en premier. J'ai choisi psychiatrie parce que c'est un stage qui m'a beaucoup plu en 4^e année. Parce qu'il y a possibilité de il y a une offre d'emploi qui est très grande, on peut s'installer en libéral, en clinique et à l'hôpital.</p>	<p>Engagement en psychiatrie motivée par l'offre d'emploi grande et l'installation en libéral</p>
<p>Voilà sauf que quand j'ai commencé l'internat en fait on m'a petit peu catapulté dans un stage en périphérique ou j'étais toute seule. J'ai eu très peu d'encadrement et j'étais en pédopsychiatrie. J'ai du prescrire des neuroleptiques sans qu'on m'explique les pathologies. Et c'était des enfants en pédopsychiatrie il manque beaucoup de moyens et on hospitalise que des patients très très sévères. Des schizophrénies précoces, des autismes donc des pathologies très sévères.</p>	<p>Atterrissage en catastrophe dans un stage de pédopsychiatrie</p>
<p>Et je me suis senti un peu perdue. Et pas du tout encadré et j'ai posé la question de mon orientation alors je me suis dit je peux passer en médecine générale.</p>	<p>Projet de réorientation en médecine générale lié au manque d'encadrement en psychiatrie</p>
<p>Je suis allé en gériatrie, j'étais très bien encadré mais mes soucis sont revenus à la surface parce que c'était une pression très importante avec des gardes aux urgences.</p>	<p>Réorientation en gériatrie complexifiée par la pression subie</p>

<p>J'ai du arrêter les gardes aux urgences. En fait J'ai eu un arrêt de travail et les médecins ont perdu la confiance en moi en se disant elle ne va pas tenir le coup physiquement, je perdais mes moyens en fait finalement et j'avais l'impression de toute façon qu'ils n'allaient pas me superviser.</p>	<p>Perte de confiance en l'interne liée à son incapacité physique</p>
<p>Et là je ne me suis pas du tout senti à ma place. Et le médecin m'a dit tu as vu tu n'es pas faite pour ça. Du coup je me suis remise en question et j'ai fait mon stage ici en médecine adulte et c'est juste au dessus. Tous les stages au CHU et en ce qui concerne les spécialités c'est beaucoup plus de l'exigence parce que il y a un côté universitaire, parce qu'on nous demande plus de choses, parce que c'est bien carré. Mais en général on est beaucoup plus supervisé, on peut demander de l'aide. Voilà c'est bien encadré.</p>	<p>Remise en question suite à la remarque négative du médecin</p>
<p>Et là je suis parti pour trois mois en hospitalisation que j'ai trouvé intéressant mais mes problèmes de santé qui consiste voilà je suis épileptique et le stage était très fatiguable et j'étais très fatigué suite au stage précédent. Et c'était dur et j'ai tenu. Et après en fait les trois mois on les passe aux urgences et en réanimation et pour les tentatives de suicide ça reste toujours sur les plans psychiatriques et aux urgences c'est vraiment la décision très rapide on a une demi heure pour décider on hospitalise on n'hospitalise pas sachant qu'il n'y a pas beaucoup de places. En fait la pression la fatigue ont fait que je l'ai très mal vécu mais j'ai tenu jusqu'à la fin jusqu'à la fin du stage. Parce qu'on manquait d'effectifs et j'espère voilà qu'on.</p>	<p>Épuisement professionnel</p>

<p>Ce n'est pas comme les infirmiers que quand il y a un poulx d'infirmiers quand il y a quelqu'un qui manque il y a quelqu'un qui arrive. nous quand on est interne s'il y a trois internes si quelqu'un manque les deux font le travail de trois. C'est ça la problématique nous en fait. On se culpabilise si on veut se mettre en arrêt de travail. Si on sent qu'on est plus capable de travailler on se dit c'est les autres qui vont payer pour nous en fait donc c'est un gros aspect de culpabilité de laisser une équipe toute seule et voilà on a envie on se donne la pression.</p>	<p>Autopression liée au sentiment de culpabilité en cas d'absence</p>
<p>Voilà j'étais totalement en psychiatrie je me dis ce n'est pas possible là j'ai vraiment commencé à vraiment développé des pressions infernantes dans un contexte je suis épuisé j'arrive plus je suis perdu. Je me suis dit à nouveau j'ai essayé si on reprend la pédopsychiatrie, la gériatrie dans un contexte de médecine générale, la psychiatrie pour dire voilà j'ai essayé la médecine du travail. Cette partie de spécialités qui m'était excessive en fait j'ai une hygiène de vie qui est correcte avec 35 heures par semaine et en fait j'étais tellement fatigué que je m'en dormais partout. Que je m'en dormais dans la voiture.</p>	<p>Désir de réorientation en médecine générale apparu dans un état d'épuisement professionnel</p>
<p>Que je me suis mis en arrêt de travail sachant qu'on m'a dit qu'on avait pas forcément besoin de moi, je n'étais pas forcément responsable. Du coup là je me suis mis en arrêt de travail et j'ai pas pu reprendre et j'étais vraiment en difficulté (sourire) j'étais en cours de réflexion. J'ai fait un arrêt de 5 mois et demi et j'ai rencontré en fait ici on a un professeur professeur Crouton, vous le connaissez?</p>	<p>Arrêt de travail sous-tendu par un sentiment d'inutilité</p>

	Rencontre de Professeur Crouton
Alors professeur Crouton est celui qui s'occupe des internes qui ont des problèmes d'orientation. Donc dès qu'il y a un interne en difficulté on peut faire appel à professeur Crouton qui s'occupe de nous eh et du coup en fait il a bien vu mes difficultés et le fait que j'étais pas bien que j'étais pas encore je veux dire j'avais pas la capacité psychique de supporter d'aborder encore la clinique avec les patients donc de soigner	Incapacité psychique de supporter la clinique ressentie par Professeur Crouton
Non ce n'est pas ce qu'il a dit mais c'est ce qu'il a ressenti. Voilà c'est ce qu'il a ressenti.	Incapacité psychique de supporter la clinique ressentie par Professeur Crouton
Eh qu'est-ce qu'il a dit eh eh il a dit la psychiatrie vaut mieux oublier la médecine du travail vous allez essayer eh et bon voilà il n'a pas trop parlé de la médecine générale bon sachant que j'avais essayé. Il a dit voilà il vous reste une possibilité c'est la santé publique.	Santé publique proposée comme spécialité subsidiaire
J'ai dit je ne connais pas du tout la santé publique, c'est vraiment une discipline qu'on voit très rapidement au cours de nos études. Je ne sais du tout à quoi ça correspond. C'est très vaste ça veut dire tout et n'importe quoi voilà	Méconnaissance de la santé publique
et du coup j'ai rencontré le chef de service de santé publique qui est professeur fadeau qui était près de la retraite et donc qui m'a en fait il m'a expliqué un peu quel était le travail quel était le parcours d'un interne en santé publique	Rencontre du chef de santé publique
et en fait c'était beaucoup plus exigeant que ce que les gens pensent. Les gens pensent que la santé publique c'est une discipline qu'on fait parce qu'on est dernier du classement c'est le cas des fois mais en fait pour réussir le DES de santé publique	Caractère exigeant de la santé publique

<p>il faut un master 1 et le master 2 est obligatoire en fait pour valider la spécialité. Et voilà c'est il y a très peu d'internes en fait qui veulent faire une carrière universitaire, qui veulent aller jusqu'au master 2.</p> <p>C'est vrai qu'on a pas que ça à faire un master 2 ça veut dire disponibilité ça veut dire pas de salaire. Ça veut dire pas de salaire et du coup il m'a énormément effrayé et en fait je me suis senti totalement perdu sur ce que je vais faire alors je me suis dit je ne vais pas m'engager maintenant. Je ne vais pas dire je prends une spécialité comme ça sans savoir. Je me suis pris une disponibilité de 6 mois que j'ai autofinancé avec un prêt. Donc c'était vraiment dur. Et par contre je voulais vraiment eh faire quelque chose pour m'aider à me décider</p>	<p>Disponibilité de 6 mois liée à l'indécision de s'engager en santé publique</p>
<p>alors là j'ai fait je me suis inscrite au fameux master 1 qu'il préconisait. Et je me suis dit j'essaye de mon côté de faire un master 1 de santé publique à distance qui est fait à paris. Et en fait il nous envoie les cours on les travaille et puis en fait on passe aux examens. Et finalement j'ai bien aimé ce master. Au cours de ce master il n'y a aucune, on ne parle pas du tout santé publique, on ne parle pas d'économie, on nous parle juste il faut qu'on apprenne les bases les statistiques, la méthodologie et donc en fait l'épidémiologie m'a beaucoup intéressée. Les statistiques je n'étais pas très à l'aise mais j'ai réussi à me mettre dedans. On a quelques notions en première et voilà j'ai réussi à valider</p> <p>eh du coup eh je l'ai à nouveau rencontré Professeur Crouton eh il a dit beh en fait il était le fait que je m'étais lancé dans une démarche personnelle il m'a encouragé à faire santé publique et</p>	<p>Validation du master 1 en santé publique à distance</p> <p>Cours de santé publique à valider par un stage</p>

<p>du coup il s'est dit on va faire un stage qui permet de valider la santé publique sans forcément s'engager maintenant.</p> <p>En fait à Angers. On a très d'internes en santé publique, en psychiatrie ils sont 45. C'est pas du tout une ville pour faire la santé publique. La santé publique il faut aller à Paris à Rennes. Dans de grandes villes et donc de</p>	<p>Contingentement régional du stage en santé publique</p>
--	--

ANNEXE L
INTÉGRATION DES CATÉGORIES FAISANT PARTIE DE LA MODÉLISATION DU
PROCESSUS D'AUTOFORMATION DE MARJOLAINE

Tableau 13

TYPOLOGIE D'OBSTACLES
<p>Obstacles dispositionnels</p> <p>Ce sont des barrières inhérentes aux attitudes et perceptions relatives à l'internat en médecine (Cross, 1981). Opérationnellement, c'est la perception de soi de l'interne en tant qu'interne.</p> <p>Catégories conceptualisantes et extraits appropriés :</p> <p>1) Catégorie : Timidité de l'interne «Eh il y en a qui sont très à l'aise qui ne posent pas de questions. Ils sont peu timides Ils sont sur d'eux. Voilà quand on fait les études de médecine on est un peu sur de nos capacités à réussir ses études et puis le fait qu'on a de très bonnes notes aux examens ça donne encore plus confiance en soi. Eh je suis quelqu'un d'un peu timide, il y a des personnes barbus qui ont l'air plus vieux, il y a aussi ça la présence physique. Quand on est timide du coup on s'intègre plus difficilement dans le métier ». –</p> <p>2) Catégorie : Personnalité évitante : « Je pense qu'il faut bien réfléchir avant de s'engager. Je ne sais pas. Je suis tellement hésitante. C'est mon caractère. C'est mon caractère. Mon ressenti en médecine il est propre à moi. Il n'y a personne qui réagit de la même façon que moi. Il y a d'autres qui vont souffrir. D'autres ils vont rester tout seul. Moi j'essaye de diverger comme cela. J'ai une personnalité évitante ».</p> <p>3) Catégorie : Manque de confiance en soi : «Et donc c'est plutôt une question de tempérament, une question de confiance en soi. On comprend au fur et à mesure avec des bonnes notes avec des bons retours, ça ne se fait tout seul ».</p> <p>4) Catégorie : Peur des responsabilités d'un interne «Autant j'étais une externe qui était très investi autant passé d'externe à interne et les responsabilités ça me faisait très peur ».</p> <p>5) Catégorie : Sentiment d'infériorité développé par l'interne «Bon eux ils ont beaucoup bossé pour avoir un bon classement à l'ECN. En médecine il y a beaucoup de surdoués. Je ne fais pas partie de surdoués, je fais partie des travailleurs. Il y a beaucoup de surdoués et du coup je pense que les connaissances quand on est juste travailleur et qu'on est pas surdoué quand on apprend quelque chose</p>

on oublie facilement si on applique pas. Eux c'était beaucoup plus facile d'appliquer. Ils ne se prenaient pas la tête s'ils ne s'investissaient pas en stages parce qu'ils étaient sages, ils se pressaient pour aller à la bibliothèque pour réviser. Donc ils faisaient le strict minimum et les questions quand il fallait bon et voilà ça se passait bien. Ils ne se prenaient pas la tête. Voilà. Et si tout se passe très bien c'est parce qu'ils ne sont pas stressés. Parce qu'ils ont un bon classement. Parce que pour eux ils disent bon pour ça marche pas pour moi ».

6) Catégorie : Sentiment de n'être plus médecin «Cela veut dire que quand un membre de ma famille me demande je dis que je ne suis plus médecin »

7) Catégorie : Sentiment de n'être pas à la hauteur des médecins «Parce qu'un médecin pour moi il doit être fort et résistant, il ne doit pas montrer ses failles au patient. Il doit être sûr de ce qu'il dit. Et voilà c'est plutôt ça en fait. Moi je ne suis pas faite pour ça ».

8) Catégorie : Aveu d'être en fuite «En fait cela a toujours été mon caractère d'abandonner. Je n'ai jamais arrêté mes études mais maintenant je pense le temps à abandonner. Je fuis ».

9) Catégorie : aide non revendiquée liée à la timidité «Bon je pense que c'est effectivement beh il n'y avait pas de courant ouvert je vais dire dire que j'ai telle difficulté, parce qu'à l'école je pense que j'étais trop timide et je subissais les choses que je devais demander de l'aide en fait. Et plutôt d'avoir mal à la gorge ou de pleurer j'aurais du aller voir un adulte pour lui demander de l'aide. Discuter avec plusieurs médecins pour voir comment on peut organiser les choses. Voilà je pense que c'est juste ça en fait ne pas attendre la fin pour dire que ça ne va pas. C'est pareil pour les responsables, ils m'ont vu en difficulté, ils n'ont rien fait. Et après c'est à moi de faire les démarches. Je n'ai pas fait la démarche ».

10) Catégorie : Démotivation liée à la désespérance de faire une carrière plaisante «Et à la suite de ça j'ai un peu perdue confiance en moi et je me suis dit moi je vais pas pouvoir espérer faire une grande carrière faire une spécialité qui me plaise ».

11) Catégorie : Incapacité à surmonter les difficultés «Eh non c'est mon caractère. Dès qu'il y a un truc qui ne va pas un échec, j'arrête. C'est mon caractère. Je n'arrive pas à surmonter les difficultés. Après j'ai toujours voulu travailler. Je suis en train de chercher une voie par laquelle je sortirai ».

12) Catégorie : Reconnaissance d'être à l'origine de ses problèmes «Oui est-ce que ce n'est pas mieux ailleurs. Je fouillais les filières après je me suis rendu compte que le problème c'était plutôt moi et non

les filières. Je pense qu'au départ il y avait un problème d'encadrement. Moi j'ai la triche. Je pense que le problème c'était plutôt moi. J'ai eu beaucoup de temps à le reconnaître »

Obstacles situationnels

Ils réfèrent aux barrières associées aux situations de la vie telles que les responsabilités, l'environnement familial, etc. (*Ibid.*). Opérationnellement, c'est les freins liés au vécu et aux impératifs familiaux et aux conditions de travail.

1) Catégorie : sentiment d'identification de l'interne « Mon père s'est suicidé à l'âge de 37 ans. Et quand je faisais psychiatrie, en stage en psychiatrie, j'avais l'impression de voir des gens qui se suicidaient. Et donc il y avait des idées noires qui apparaissaient. Et donc c'était très mauvais pour moi »; « Je pense que peut-être mais je ne me suis pas rendu compte. Et ça m'a fait bizarre quand un patient est plus touché que d'autres moi ça me fait penser à ce que j'ai vécu. De fois je me dis ce n'est pas juste parce qu'ils ont eu de l'aide et mon père n'a pas eu d'aide en fait »,

2) Catégorie : Suicide du père et de l'oncle lié à une discussion « On ne sait pas. Il y a eu un conflit familial. Ils se sont disputés entre frères. Son frère s'est également suicidé. On ne sait pas trop ce qui s'est passé. Apparemment il était dépressif et ma maman n'était pas au courant. C'était une surprise ».

3) Catégorie : suicide chez les agriculteurs « Pour voir les mécanismes. Je suis dans le milieu agricole. À la campagne il y a dans mon village beaucoup d'agriculteurs qui se suicident ».

4) Catégorie : Suicide chez les agriculteurs lié aux difficultés financières « Parce que des fois il y a deux choses il y a les difficultés agricoles les problèmes d'argent. La transmission des terres est impossible. L'agriculteur ne peut pas partir. Il ne peut pas se réorienter. S'il quitte ses terres, il va tout perdre. Du coup il se sent, si ça ne marche pas la terre, il n'y a rien. Ils vont se perdre, se fusiller. Des morts très brutales. Mon père c'est le premier à se suicider comme agriculteur après il y en a eu plein ».

5) Catégorie : Milieu agricole jugé néfaste par l'interne « Un enfant avec qui j'étais à l'école le père ou la mère s'est suicidé. Pour moi c'est un milieu qui est pourri qui est néfaste ».

6) Catégorie : Remords lié au suicide du père « Je pense que si. Je pense que si mais en fait je ne me suis jamais soucié quand j'étais petite. Mais oui je pense »; « Non pas tout le temps. Pas tout le temps. C'est il y a des histoires qui sont différentes. Qu'on est agriculteur quand on a des conflits familiaux. C'est pas tout le temps. Effectivement quand je n'allais pas bien je pensais à ça tout le temps ».

7) Catégorie : Autopression liée au sentiment de culpabilité (en cas d'absence) «Ce n'est pas comme les infirmiers que quand il y a un poulx d'infirmiers quand il y a quelqu'un qui manque il y a quelqu'un qui arrive. Nous quand on est interne s'il y a trois internes si quelqu'un manque les deux font le travail de trois. C'est ça la problématique nous en fait. On se culpabilise si on veut se mettre en arrêt de travail. Si on sent qu'on est plus capable de travailler on se dit c'est les autres qui vont payer pour nous en fait donc c'est un gros aspect de culpabilité de laisser une équipe toute seule et voilà on a envie on se donne la pression ».

8) Catégorie : Désir de réorientation en médecine générale apparu dans un état d'épuisement professionnel «Voilà j'étais totalement en psychiatrie je me dis ce n'est pas possible là j'ai vraiment commencé à vraiment développé des pressions infernantes dans un contexte je suis épuisé j'arrive plus je suis perdu. Je me suis dit à nouveau j'ai essayé si on reprend la pédopsychiatrie, la gériatrie dans un contexte de médecine générale, la psychiatrie pour dire voilà j'ai essayé la médecine du travail. Cette partie de spécialités qui m'était excessive en fait j'ai une hygiène de vie qui est correcte avec 35 heures par semaine et en fait j'étais tellement fatigué que je m'en dormais partout. Que je m'en dormais dans la voiture ».

9) Catégorie : Mauvaise alimentation «Depuis que je suis interne, je mange très peu. Je mange mal. Je mange des miettes. J'arrive plus à manger ».

Obstacles institutionnels

Ils sont immanents à l'organisation de la formation et ici l'internat (*Ibid.*). Opérationnellement, nous allons les annexer aux approches pédagogiques de l'internat.

1) Catégorie : Atterrissage en catastrophe dans un stage de pédopsychiatrie «Voilà sauf que quand j'ai commencé l'internat en fait on m'a petit peu catapulté dans un stage en périphérique où j'étais toute seule. J'ai eu très peu d'encadrement et j'étais en pédopsychiatrie. J'ai du prescrire des neuroleptiques sans qu'on m'explique les pathologies. Et c'était des enfants en pédopsychiatrie il manque beaucoup de moyens et on hospitalise que des patients très très sévères. Des schizophrénies précoces, des autismes donc des pathologies très sévères ».

2) Catégorie : Autopression liée au sentiment de culpabilité (en cas d'absence) «Ce n'est pas comme les infirmiers que quand il y a un poulx d'infirmiers quand il y a quelqu'un qui manque il y a quelqu'un qui arrive. Nous quand on est interne s'il y a trois internes si quelqu'un manque les deux font le travail

de trois. C'est ça la problématique nous en fait. On se culpabilise si on veut se mettre en arrêt de travail. Si on sent qu'on est plus capable de travailler on se dit c'est les autres qui vont payer pour nous en fait donc c'est un gros aspect de culpabilité de laisser une équipe toute seule et voilà on a envie on se donne la pression ».

3) Catégorie : Santé publique proposée comme spécialité subsidiaire «Eh qu'est-ce qu'il a dit eh eh il a dit la psychiatrie vaut mieux oublier la médecine du travail vous allez essayer eh et bon voilà il n'a pas trop parlé de la médecine générale bon sachant que j'avais essayé. Il a dit voilà il vous reste une possibilité c'est la santé publique ».

4) Catégorie : supervision par téléphone «Beh il n'était pas là il était chez lui quand on l'appelle. Et c'était toujours par téléphone »; «Quand je vais en psychiatrie adulte faire ma garde à 18 h, eh je me retrouve seul avec des infirmiers et si j'ai une question je dois téléphoner au psychiatre qui est chez lui ».

5) Catégorie : Manque de temps pour l'interne d'aller chez le médecin «Eh faire une coupure. Prendre soin de moi parce que quand on est interne, on ne va pas chez le médecin ».

6) Catégorie : Absence de passerelle dans les études médicales «En fait je m'étais beaucoup renseigner sur les passerelles. Et en médecine il n'y a pas de passerelle. Par exemple s'il faut faire pharmacie, il faut aller jusqu'à la thèse de médecine. Et reprendre en deuxième année de pharmacie. Alors qu'un étudiant en pharmacie, en troisième année il peut reprendre il peut aller en médecine. Et bien voilà, là je peux. Avec mon niveau je peux être aide-soignante. Ou infirmière après une formation de 6 mois ».

Obstacles informationnels

Ils correspondent aux barrières présentes dans le dispositif de formation qui empêchent le sujet de développer des compétences informationnelles (Dumouchel et Karsenti, 2013) nécessaires au développement des compétences professionnelles. Opérationnellement ils sont liés à la pénurie des informations découlant de l'inefficience des ressources éducatives (Darkenwald et Merriam, 1982).

1) Catégorie : Transition externat-internat difficile «En fait quand on est externe on a des tâches à faire et on fait des choses mais on sait qu'après on aura pas de reprimandes du chef de service qui nous demandera quelque chose. Pourtant quand on est interne on a des décisions à prendre sur des patients sans pour autant demander l'aval du sénior le but c'est qu'on soit autonome. Même si on est sollicité au départ à un certain moment ils ne veulent plus qu'on les appelle. Voilà en fait on les a toujours

sollicités et c'était passionnant pour moi. Et ben voilà j'ai eu du mal la transition externe à interne a été horrible pour moi. J'ai adoré l'externat je faisais des heures sup quand on était externe mais ça été très dur ».

2) Catégorie : Difficulté à modifier les prescriptions liée à la difficulté à évaluer «Moi ce que j'aimais c'était adopter la prise en charge par rapport au patient et comme je ne savais pas trop évaluer ça je ne pouvais pas faire de modification ».

3) Catégorie : Blocage dans la prise en charge en psychiatrie liée à la méconnaissance de la conduite de l'entretien psychologique «donc non les entretiens se passaient très bien c'est juste que jamais je ne m'attendais à devoir prendre en charge un schizophrène précoce, à prendre en charge toute seule des enfants qui font des tentative de suicide dans le service c'est plutôt ce genre de choses c'est vraiment eh face à des enfants qui ne sont pas bien parce qu'ils sont hospitalisés qui n'arrivent pas du tout à manger, il y a un blocage on se sent un peu plus comment dire eh on a pas les moyens comme si on ne pouvait pas les aider comme si on avait pas tous les outils pour les aidait ».

Obstacles relatifs à l'état de santé

Ce sont des altérations des fonctions somatiques et mentales qui perturbent le fonctionnement harmonieux c'est-à-dire équilibré de l'organisme humain (OMS, 1982).

1) Catégorie : Incapacité physique de l'interne ressentie par Professeur Crouton «Alors professeur Crouton est celui qui s'occupe des internes qui ont des problèmes d'orientation. Donc dès qu'il y a un interne en difficulté on peut faire appel à professeur Crouton qui s'occupe de nous eh et du coup en fait il a bien vu mes difficultés et le fait que j'étais pas bien que j'étais pas encore je veux dire j'avais pas la capacité psychique de supporter d'aborder encore la clinique avec les patients donc de soigner ».

2) Catégorie : Difficulté à s'adapter liée à la longue période d'inactivité «Ça faisait un an je n'avais pas travaillé. Donc c'était très dur et en fait je suis allé dans une équipe ou on est très très encadré. J'ai fait un mois et pendant un mois j'ai eu beaucoup de mal à m'adapter. J'ai repris du travail ».

3) Catégorie : Insomnie à partir de la 3^e année «Oui je suis devenu insomniaque en 3^e année, je dormais plus ».

4) Catégorie : Épilepsie débutée en 4^e année «En 4^e année j'ai commencé à être épileptique ».

5) Catégorie : Crise épileptique «Non c'était pas j'ai fait deux grosses crises. Il y en a une que j'ai faite après une garde aux urgences quand on était externe et en fait c'était des crises traumatiques avec une morsure de langue et une perte de mémoire pendant une semaine ».

6) Catégorie : Crise épileptique survenue après une grosse activité «En fait c'est vraiment après une garde. C'est pas souvent après l'activité c'est quand on arrête. C'est quand on arrête que tout à coup le tonus, c'est vraiment après l'activité une grosse activité une grosse pratique que. La première crise je l'ai fait un nouvel an à minuit. Je n'avais pas bu d'alcool la veille j'étais en stage donc en gros j'avais fait des heures supplémentaires je voulais m'investir pour l'observation, j'étais stressé ».

7) Catégorie : Précocité de la fatigue physique «Parce que j'ai très mal vécu. Parce que dans tous les cas je serais devenu épileptique. Je me suis senti toujours vite fatigué depuis l'âge de 6 ans je travaillais pendant l'été les jobs d'été me fatiguaient beaucoup beaucoup. J'ai toujours eu une fatigue très physique ».

8) Catégorie : Épuisement professionnel de l'interne «Et là je suis parti pour trois mois en hospitalisation que j'ai trouvé intéressant mais mes problèmes de santé qui consiste voilà je suis épileptique et le stage était très fatiguable et j'étais très fatigué suite au stage précédent. Et c'était dur et j'ai tenu. Et après en fait les trois mois on les passe aux urgences et en réanimation et pour les tentatives de suicide ça reste toujours sur les plans psychiatriques et aux urgences c'est vraiment la décision très rapide on a une demi heure pour décider on hospitalise on n'hospitalise pas sachant qu'il n'y a pas beaucoup de places. En fait la pression la fatigue ont fait que je l'ai très mal vécu mais j'ai tenu jusqu'à la fin jusqu'à la fin du stage. Parce qu'on manquait d'effectifs et j'espère voilà qu'on ».

Obstacles organisationnels

Ce sont des barrières à l'émergence des facilitateurs nécessaires au jaillissement d'une organisation qualifiante et apprenante (Lauzier, Barrette et Lemyre, 2013).

6.1. Difficulté à l'acquisition et à la transformation des connaissances

1) Catégorie : Manque d'encadrement lié à la quasi-absence du superviseur «et celui qui allait le plus m'encadrer me former n'était pas très présente ».

2) Catégorie : Sentiment d'être seul lié à l'absence des co-internes «On me disait de prolonger les traitements des enfants et ça je me posais des questions par rapport à ces traitements et j'ai pas pu j'ai eu l'impression d'être un peu seul même si il y avait un médecin qui était présent je me sentais toute

seule par rapport à mes fonctions. J'avais pas de co internes, les co internes étaient très importants pour le ressenti pour s'entraider, j'avais pas de co internes ».

3) Catégorie : Manque d'encadrement en psychiatrie adulte «En pédopsychiatrie, il n'y a pas de gardes. Il n'y a pas de gardes si il y a un souci c'est avec les urgences et eh toutes les internes qui passent en pédopsychiatrie font des gardes en psychiatrie adulte. Et bien sur quand je vais faire mes gardes en psychiatrie adulte, je ne connais pas le sénior qui va m'encadrer c'est avec les infirmiers. Donc là il y a toujours un manque d'encadrement ».

4) Catégorie : Difficulté à prendre en charge les cas somatiques due à la quasi absence de superviseurs spécialisés en le domaine «Par contre sur le plan somatique là je me sentais à nouveau seul. Mon sénior n'était pas médecin généraliste, il était médecin. Du coup je me retrouvais souvent à appeler le SAMU ».

6.2. Absence de leadership axé sur l'apprentissage

Le leadership axé sur l'apprentissage est la création ou alors la facilitation par l'organisation de l'émergence d'un contexte propice à l'apprentissage (*Ibid.*). Sur le plan de l'opérationnalité, le leadership axé sur l'apprentissage est microscopique c'est-à-dire qu'il se situe au niveau des opérations sur le terrain de la transformation de l'activité.

1) Catégorie : Sentiment d'être seul en psychiatrie adulte «Effectivement autant en psychiatrie adulte quand je faisais de gardes j'étais toujours toute seule et j'avais toujours des infirmières autant en pédopsychiatrie c'est vraiment des cas spéciaux, je vois l'enfant je vois le parent je vois l'enfant toute seule je vois le parent toute seule ».

2) Catégorie : Difficulté à s'en sortir en psychiatrie liée au manque d'autonomie de l'interne «Quand j'avais une lacune je demandais. C'est vrai ils sont là pour ça mais en fait je n'étais pas du tout autonome. Et après la gériatrie ça apprend vraiment sur le tas, il n'y a pas de prise en charge particulière c'est toujours la même façon. On se familiarise avec les médicaments progressivement. Voilà je dis ces lacunes auraient pu être ces lacunes se compensent au fur et à mesure et après on a pas trop de retard mais le vrai problème c'est si j'avais eu beaucoup de bagout si j'étais très à l'aise ».

3) Catégorie : Absence de tutorat dénoncé par l'interne «Non. Eh je n'avais pas la forme. J'avais des lacunes. Personne ne m'a donné les clés. Personne ne m'a dit comment il fallait faire pour m'améliorer. Et en fait je pense qu'ils ne sont pas sur je pense qu'ils ont dû parler entre eux que j'avais des

difficultés. On tend un peu l'oreille par contre personne n'est venu vers moi pendant le stage en me prenant à part en me disant voilà on voit bien que tu as des difficultés on veut que tu fasses ça ça. On m'a dit à la fin le début a été très dur. À la fin du stage on m'a dit ça a été mais le stage on me faisait faire que découvrir. Les courriers je savais les faire ».

4) Catégorie : Présence des superinfirmiers «Oui. On a eu en psychiatrie on a des super infirmiers qui nous aident qui nous disent comment il faut faire ».

5) Catégorie : soutien des superinfirmiers en cas de conflit avec le samu «sauf que eh la psychiatrie parlant de spécialité c'est très loin des urgences. La psychiatrie est très excentrée au point principal du centre ça toujours été le cas. Et du coup l'hôpital se sent un peu détaché de nous en psychiatrie. Même si on dépend d'eux. Donc si je veux transférer un patient aux urgences par exemple pour des problèmes de phlébotomie et j'avais un doute sur l'atteinte de tendons, l'urgentiste m'appelle pour m'engueuler pour me dire pourquoi tu m'adresses le patient pour une atteinte de tendons. Et ben moi j'ai dit il a une atteinte de tendons. Et effectivement il a une atteinte de tendons. Et si j'avais pas les infirmières pour me soutenir et ben voilà ça va être très dur ça va être très dur parce qu'on s'en prend plein dans la tronche ».

6) Catégorie : référence au joker dans les cas cliniques somatiques «Par contre j'ai mon ami qui était interne en médecine générale qui était en première et c'est vrai que je l'ai souvent appelé pour quelque choses de somatique. Voilà c'est faire appel à un ami comme un joker ».

6.3. Absence de culture d'apprentissage

La culture d'apprentissage réfère à la perceptibilité des valeurs organisationnelles orientant les attitudes et les comportements favorables à l'apprentissage en contexte organisationnel (*Ibid.*).

1) Catégorie : Atterrissage en catastrophe dans un stage de pédopsychiatrie «Voilà sauf que quand j'ai commencé l'internat en fait on m'a petit peu catapulté dans un stage en périphérique ou j'étais toute seule. J'ai eu très peu d'encadrement et j'étais en pédopsychiatrie. J'ai du prescrire des neuroleptiques sans qu'on m'explique les pathologies. Et c'était des enfants en pédopsychiatrie il manque beaucoup de moyens et on hospitalise que des patients très très sévères. Des schizophrénies précoces, des autismes donc des pathologies très sévères.

2) Catégorie : Remise en question de l'interne (liée à la remarque de ne pas être à sa place) «Et là je ne me suis pas du tout senti à ma place. Et le médecin m'a dit tu as vu tu n'es pas faite pour ça. Du coup

je me suis remise en question et j'ai fait mon stage ici en médecine adulte et c'est juste au-dessus. Tous les stages au CHU et en ce qui concerne les spécialités c'est beaucoup plus de l'exigence parce que il y a un côté universitaire, parce qu'on nous demande plus de choses, parce que c'est bien carré. Mais en général on est beaucoup plus supervisé, on peut demander de l'aide. Voilà c'est bien encadré ».

3) Catégorie : Conflit avec les médecins étrangers lié à la considération de la prise en charge non adaptée «Et bon quand je posais une question elle me répondait mais je dis quand on est interne on commence par réfléchir par soi même il ne faudrait pas que je n'étais pas toujours d'accord avec sa prise en charge et voilà on était pas et il y avait des enfants qui me disaient est-ce que je ne pouvais pas jouer au psychiatre parce qu'ils ne se tenaient pas très bien cette psychiatre parce que il y avait un petit côté un peu conflictuel et voilà c'était vraiment ».

4) Catégorie : Manque d'encadrement lié à la surcharge de travail du superviseur «On s'entendait très bien mais elle était débordée chaque fois qu'elle venait puisqu'elle avait que deux jours. Du coup si je posais une question elle me répondait de fois quand j'ai un problème qu'elle était à l'extérieur pour des raisons personnelles je pouvais l'appeler au téléphone. Voilà je ne pouvais pas faire une prise en charge au téléphone

j'étais un peu seule avec mes petits patients. Et en plus de ça je faisais des gardes en psychiatrie adulte donc je faisais 5 à 7 gardes par mois. Et donc voilà donc que voilà je me sentais seule. Par contre il y avait un chef de service ».

5) Catégorie : Apprentissage sur le tas de la conduite de l'entretien en psychiatrie «En fait eh on nous laisse assister aux premiers entretiens eh le premier jour je n'ai pas du tout assisté, on nous laisse bon viens tu me suis. Donc viens tu me suis et voilà je voyais les questions qu'il posait ».

6.4. Absence de soutien organisationnel à l'apprentissage

Le soutien organisationnel à l'apprentissage est l'ensemble des dispositions organisationnelles mises en œuvre pour soutenir l'apprentissage en contexte organisationnel (*Ibid.*).

1) Catégorie : Remise en question de l'interne (liée à la remarque de ne pas être à sa place) «Et là je ne me suis pas du tout senti à ma place. Et le médecin m'a dit tu as vu tu n'es pas faite pour ça. Du coup je me suis remise en question et j'ai fait mon stage ici en médecine adulte et c'est juste au-dessus. Tous les stages au CHU et en ce qui concerne les spécialités c'est beaucoup plus de l'exigence parce que il

y a un côté universitaire, parce qu'on nous demande plus de choses, parce que c'est bien carré. Mais en général on est beaucoup plus supervisé, on peut demander de l'aide. Voilà c'est bien encadré ».

2) Catégorie : Supervision par téléphone en psychiatrie adulte «Quand je vais en psychiatrie adulte faire ma garde à 18 h, eh je me retrouve seul avec des infirmiers et si j'ai une question je dois téléphoner au psychiatre qui est chez lui ».

3) Catégorie : Démotivation de l'interne liée à la remarque négative du médecin «Eh en fait j'étais très marqué parce qu'un médecin m'a dit tu vois tu as essayé tu as bien vu que ce n'étais pas fait pour toi. Et je l'ai très très mal pris. Et ça a été très dur de...»; «Et beh en fait après le stage on avait plus de liens, quitte le stage. Je n'ai pas tenu à conserver les liens. Pour moi c'est une personne qui m'a tout sauf aidée. J'essayais de...».

4) Catégorie : Blocage pendant 3 mois suite à la remarque négative «Oui un superviseur. Du coup ça m'a fait très mal et du coup j'ai eu un blocage. J'ai eu un blocage pendant trois mois. Donc en fait c'était à cause de ça».

5) Catégorie : Pleurs liés aux remarques négatives «Je suis allé aux toilettes j'ai pleuré ».

6) Catégorie : Dévalorisation subie par les internes «Non le problème de l'internat en général c'est que on est toujours en train de nous dire qu'on fait mal on ne dit jamais qu'on fait bien. Du coup finalement ici il y a certains internes qui vont faire un très bon travail et du coup ils sont complimentés mais en général on passe le temps à nous dire voilà on passe le temps à nous faire des reproches ce n'est pas que personnel ça. On est très rarement valorisé. Voilà on termine très tard voilà on est payé entre 1300 et 2000 euros selon notre grade pour travailler X heures au minimum 50 heures et on est jamais valorisé voilà c'est vraiment il n'y a que les familles de patients ou des patients qui nous disent merci. Et beh voilà les seniors ne sont pas là pour être gentils avec nous ».

7) Catégorie : Blocages liés aux remarques négatives «Non là c'est plus tôt c'est une réaction basse parce que beaucoup de personnes seraient passés dessus. J'étais en mode blocage et bien moi ».

8) Catégorie : Soumission de l'interne «ça ne m'intéresse pas de se faire engueuler quand on est interne. Effectivement je n'ai pas assez d'expérience pour être médecin généraliste. J'essaie de prendre les décisions maintenant. Quand tu es interne tu la fermes et tu exécutes. Et si tu es fatigué c'est pas grave. Si on pouvait réduire les heures de travail cela m'intéresserait ».

DES FACILITATEURS À L'APPRENTISSAGE

2.1. L'apprenant-e recherche des références informationnelles informelles

1) Catégorie : Présence des superinfirmiers «Oui. On a eu en psychiatrie on a des super infirmiers qui nous aident qui nous disent comment il faut faire ».

2) Catégorie : soutien des superinfirmiers en cas de conflit avec le samu «sauf que eh la psychiatrie parlant de spécialité c'est très loin des urgences. La psychiatrie est très excentrée au point principal du centre ça toujours été le cas. Et du coup l'hôpital se sent un peu détaché de nous en psychiatrie. Même si on dépend d'eux. Donc si je veux transférer un patient aux urgences par exemple pour des problèmes de phlébotomie et j'avais un doute sur l'atteinte de tendons, l'urgentiste m'appelle pour m'engueuler pour me dire pourquoi tu m'adresses le patient pour une atteinte de tendons. Et ben moi j'ai dit il a une atteinte de tendons. Et effectivement il a une atteinte de tendons. Et si j'avais pas les infirmières pour me soutenir et ben voilà ça va être très dur ça va être très dur parce qu'on s'en prend plein dans la tronche ».

3) Catégorie : référence au joker dans les cas cliniques somatiques «Par contre j'ai mon ami qui était interne en médecine générale qui était en première et c'est vrai que je l'ai souvent appelé pour quelque choses de somatique. Voilà c'est faire appel à un ami comme un joker».

4) Catégorie : Collaboration interne-infirmiers «C'est toujours eu l'impression que je les respectais, j'ai toujours été sympa et bien voilà peut-être en psychiatrie ils me critiquaient mais je n'ai jamais eu de remarques de la part des infirmiers. Ils ont toujours été très correct avec moi. J'ai eu aucune critique de leur part ».

2.2. Usage des aides mémoires

1) Catégorie : Petit carnet de notes «Non. En médecine on apprend les choses par cœur mais en fait avec les protocoles il faut toujours s'adapter à la situation en présence. Bon c'est pas effectivement je prenais les notes au fur et à mesure j'ai un petit carnet qu'est-ce qu'il ne fallait pas oublier. Mais Je savais ce qu'il fallait demander mais la fin on ne l'apprend pas ».

INSATISFACTIONS ET DÉCEPTIONS

1) Catégorie : Regret d'avoir choisir la médecine «Non j'étais intéressé par d'autres choses. J'adorais les maths. Même l'architecture me plaisait beh voilà. Je pense que j'aurais fait des maths. J'aurais pas du tout fait médecine ».

2) Catégorie : Sentiment d'énervement lié à l'issue de son parcours «Eh bon en fait. Je me dis souvent eh si tout s'est bien passé là dans deux mois je serais déjà docteur. Eh d'un autre côté vous savez les gens de ma promo sont diplômés tout et moi j'ai rien. Voilà moi ça m'énerve. Je dis c'est pas juste moi je fais des stages avec eux quand ils étaient externes et ils ne travaillaient pas plus que moi. Ils avaient effectivement de bonnes notes mais en stages ils ne s'investissaient pas plus que moi. Moi je m'investissais plus et beh finalement ça pas été bénéfique j'ai fait de s'investir en stage et le tout ça m'énerve ».

3) Catégorie : Idées noires «Des idées noires. Des idées noires».

4) Catégorie : Perte du goût de vivre «Idées c'est on en veut plus. Bon en fait. On perd le goût de vivre. C'est un peu cela ».

5) Catégorie : Sentiment d'avoir raté sa vie «Moi je ne vois pas comment je peux finir en quatre ans. Mon copain finit dans un mois ces études. Médecin généraliste. Donc que du coup il va entrer dans la vie active. Il va être autonome financièrement et tout ça. Moi je suis là ».

6) Catégorie : Lassitude de la vie d'interne «Et après me reposer. Et pourquoi pas faire une famille. Chercher du travail. Je suis essoufflé. Ça fait 10 ans que je suis à la fac. Je ne veux plus entendre parler. Ça fait 10 ans et je me dis encore. Je vais peut-être changer dans 2 ans mais là j'en ai marre ».

PHOBIES DÉVELOPPÉES

1) Catégorie : Peur du resurgissement des mauvais souvenirs d'Angers «Parce que la ville d'Angers est bien mais j'ai des mauvais souvenirs. Et je ne veux plus entendre parler »; « C'est l'échec. C'est pas forcément de solidarité quand on est interne »; «Oui parce qu'Angers est une ville moins classée que Rennes tout simplement. Je ne veux plus entendre parler d'Angers ».

2) Catégorie : Désir de s'inscrire en Master 2 pour ne plus entendre parler d'Angers «Et ce que j'aimerais c'est m'inscrire l'an prochain en master 2. Il y a aussi Rennes. Je ne veux plus entendre parler d'Angers »

3) Catégorie : Sentiment de sécurité à Rennes «À Rennes c'est la nostalgie de l'internat. C'est la Bretagne ».

MOTIVATIONS DÉRIVATIVES DÉVELOPPÉES

1) Catégorie : Désir de trouver un travail à temps partiel «Moi j'aimerais arrêter médecine et trouver un travail pas compliqué ou je puisse m'épanouir. Quand j'étais en première année, j'étais ambitieuse.

J'ai fait plein de choses. Là j'aimerais avoir du temps. J'aimerais avoir un travail intéressant à temps partiel ».

2) Catégorie : Quête de reconnaissance sociale par le travail «Et pouvoir gérer tout en fait. En fait j'ai subi l'internat en fait. C'est trop physique et moi je n'ai pas l'endurance pour être interne. Et dès qu'il y a responsabilité il y a du stress. Et dès qu'il y a du stress ça me fatigue. Voilà j'ai envie de souffler. Il faut travailler, la reconnaissance sociale c'est important. Je voudrais trouver un travail intéressant ».

3) Catégorie : Satisfaction de travailler au centre antipoison «moi je veux un travail ou on puisse décrocher. Je travaille au centre antipoison. J'ai commencé cela fait quatre mois. Quand je rentre le soir je ne pense plus trop à mes patients. Je suis super encadré, je ne pose pas trop de questions. Voilà. Le weekend je ne suis pas stressé d'avoir un travail. Je ne veux plus être stressé à cause du travail sérieusement ».

4) Catégorie : Refus d'arrêter pour des raisons financières «Je veux arrêter. Mon copain le sait moi j'ai envie d'arrêter. Mais je sais qu'il faut que je continue puisqu'on est rémunéré en tant qu'interne ».

5) Catégorie : Inscription en master pour avoir un diplôme «Mais je serais en master 2 santé publique mais orienté en pharmaco. C'est ça que je préfère. C'est ce qui m'intéresse. Moi ce que je veux c'est avoir un diplôme ».

6) Catégorie : Refus d'arrêter par souci financier «Mais en médecine on a le droit de faire des pauses. De pouvoir se réorienter. Il y a des gens qui n'ont pas le choix. Ils s'hallucinent. Voilà j'ai beau être en médecine. Je vais prendre une pause. Si j'arrête je n'ai pas d'argent. C'est pour cela que je suis là bas. Effectivement les enfants des médecins s'ils arrêtent ils ont un soutien financier. C'est la seule chose qui est différente ».

RESSOURCES DE PROTECTION INTERACTIONNELLES

1) Catégorie : Confiance en soi retrouvé avec le temps et le soutien du conjoint «Alors comme je dis c'est l'une des raisons c'était ma mère. Comme elle s'inquiétait pour moi alors il fallait que je parte de chez ma mère au village. Je n'avais pas le droit de rester à Angers. Donc à Angers c'était mieux. Ah j'avais trouvé un psychiatre dans mon village et là je me suis trouvé un autre. Je n'ai pas l'impression que c'est très efficace je suis porté par mon copain. Il a besoin des antidépresseurs pour m'aider. J'ai trouvé le temps pour reprendre confiance en moi ».

2) Catégorie : Verbalisation de l'état émotionnel comme ressource «Je n'ai pas trop gagné. Je pense que le master m'a aidé pas mal. J'ai eu le temps de verbaliser parce que depuis l'été dernier je n'en avait parlé à personne. C'est pouvoir verbaliser. En fait il y a un moment pour dire quand on est en psychiatrie et qu'on voit les patients on est très étonné de la façon dont ils peuvent se livrer peut se confier. Ils n'ont aucune estime d'eux pour parler de cette intimité. De comment ils vont mal. Effectivement j'avais j'avais et je m'en foutais de ce que pensait les gens. Et il fallait que ça sorte. Voilà c'est aussi verbaliser les choses. C'est aussi entendu .qu'on reprenne ensemble ».

ANNEXE M
LES SITUATIONS ET DÉTERMINANTS DE LA SOUFFRANCE CHEZ LES
INTERNES

Tableau 14

CHIARA, administratif université d'Angers
DISCUTABILITÉ DE LA SOUFFRANCE CHEZ LES INTERNES
<p>1. Catégorie : apparence du médecin bien portant «Comment vous définissez un interne qui va bien et un interne qui va mal. C'est difficile par ce que même ceux qui comme vous dites donnent l'apparence d'aller bien, oui au final ils ont terminé leur internat, ils sont en dépression et en tentation de suicide. Ils ont fait stages après stages et après sont-ils pour autant épanouis dans leur métier, ont-ils l'impression de faire le métier qu'ils espéraient faire, dans les conditions qu'ils espéraient. Ça j'en suis beaucoup moins sûr.</p> <p>2. Catégorie : internes épanouis «Bon après il y a aussi toute une catégorie d'internes qui va franchement bien, qui sont épanouis, qui adorent ce qu'ils font. Je pense que la limite, elle n'est pas tout à fait, il est forcément incontinuable, mais le comptage, il va être difficile à poser pour ces internes-là ceux qui vont très bien.».</p>
DÉTERMINANTS DE LA SOUFFRANCE CHEZ LES INTERNES
<p>1. Catégorie : Autopression liée au concours d'internat «C'est-à-dire que maintenant les étudiants ont un concours moins sélectif. Moins difficile. C'est eux qui le disent. C'est moins difficile d'entrer en première année mais après ils ont une espèce de pression permanente parce que le concours d'internat qu'on choisissait de passer ou de ne pas passer, eux maintenant sont obligés de le passer l'examen national classant. Parce que maintenant qu'on fasse médecine générale ou spécialité, on doit passer ce concours qui nous affectera dans la spécialité et dans la ville. Il y avait un enjeu parce que même si vous voulez faire médecine générale ce n'est pas les premiers du classement, vous n'avez pas envie de vous retrouver à Vesoul si vous êtes à Angers. Il y a quand même un petit enjeu. C'est pas tout à fait rien. Et ça comme ils le savent depuis le début qu'ils ont cet examen à la fin, ils passent leurs études à y penser et à le préparer. Donc ils sont plus investis dans la</p>

préparation de ce concours théorique que dans le fait d'être de trainer dans les services comme nous on faisait.».

2. Catégorie : Dévalorisation de l'externat «Et ça fait quoi. Ça fait des gens qui ont appris la médecine différemment parce qu'apprendre en théorie ce n'est pas pareil que toucher les patients et les interroger. Et puis ça fait des gens qui sont moins familiers avec les responsabilités qu'ils pourraient avoir quand ils seront internes. Donc je dis. La marche est plus haute sans doute pour eux. Ils ont fait moins de choses, moins souvent. Même celui qui se serait investi, il a eu que deux patients en charge dans son internat. Et après c'est pas pareil quand on passe il était du prescriptif. Il y a ça. Le fait d'être plus nombreux dans une promo, on a forcément moins à faire mais aussi on a un plus faible collectif. A 150 on ne peut être aussi soudé qu'à 80. C'est pareil pour les internes parce que les internes aussi sont beaucoup plus nombreux. Ils travaillent beaucoup moins que nous. Et du coup ils sont beaucoup moins compétitifs. Ils le disent tous. Je pense moins compétitifs que quand on est médecin. C'est un peu plus moins compliqué à gérer. Ils ont été moins pendant leurs études et après ils sont beaucoup plus internes que nous. Moins je fais beaucoup de gardes que nos internes. Parce que notre génération, je fais plus de garde qu'eux. Ça me paraît délirant de dire ça mais c'est vrai. Ça veut dire qu'ils font moins de gardes dans les services, ils ont moins de lits à s'occuper. Forcément ils emballent moins.».

3. Catégorie : Insécurité par rapport aux compétences «Mais là ils sont dans une situation ici ils sont encore très étudiants en fait. Ils n'ont pas encore pris leur place. Je pense que quelque part il doit avoir peut-être insatisfaction au moins et eheee comme je disais tout à l'heure, une insécurité par rapport à ses compétences qui doivent être mises en question. Il me semble, on est très solidaire. Il nous assure, nous on était quatre fois moins.».

4. Catégorie : ingratitude dérivée du travail d'externe «C'était quand même des études qui était tranquille et on avait pas pus d'exigences sur dans des services parce qu'on le travail d'externe c'est ingrat. Va me faire un ECG, va me faire une prise de sang, range les examens, tiens va faire l'observation de tel ou tel patient après tu me le présentes. C'est un peu ça. Quand on est externe, on est la petite main. Mais on est aussi là pour tirer profit pour laisser trainer nos oreilles pour poser des questions. Et puis après voilà, on devenait

interne. La marche était haute. Mais j'ai l'impression qu'elle était moins haute. On avait fait plus dans les services.

5. Catégorie : Atterrissage en catastrophe sur la planète travail «Nous l'une des grandes différences enfin vous l'avez vu, je ne peux pas vous l'apprendre à vous, je pense que l'une des choses qui met les internes en difficulté c'est que du jour au lendemain hop! Vous avez on vous met le cahier de prescription dans les mains. Voilà c'est ça! Et là, on se retrouve avec 10-15 patients sous sa responsabilité et ça ça reste presque du jour au lendemain en France parce que la formation juste avant et plus tôt, je pense qu'au Canada c'est plus progressif, c'est ça que je voulais vous dire. Ça change un peu la donne.»

6. Catégorie : Catégorie : difficulté à faire la transition externat-internat «On est bien d'accord qu'il y a fait à penser que quelqu'un qui a des stratégies pour résister au stress pendant ses études mais n'arrivent pas à développer pour résister au stress lors de la confrontation de la pratique par exemple. Évidemment bon après je ne suis pas compétente pour répondre à ce genre de questions. On ne peut dire si ce n'est vrai ou pas. Mais on peut le suspecter. Les études ont changé. Les études en médecine c'est ça que je voulais vous dire sauf si vous voulez qu'on parle d'autre chose.»

7. Catégorie : difficulté à l'auto-organisation «Je pense que ça rejoint les thématiques que vous voulez aborder pour l'équipe. Je crois que quand on fait un internat de médecine. Si on a l'impression de très bien réussir, on a aussi fait des sacrifices par rapport à des choses. Il y a des choses qu'on a pas pu faire à cause de ça et c'est peut-être aussi ça qui a interrogé le bien être. Ce n'est pas tout juste avoir réussi à obtenir la mention ou la thèse. C'est aussi de voir comment il gère l'équilibre. Ceux qui donnent l'impression d'aller très bien. Comment ils gèrent leur équilibre. Au final comment ils se sentent. Sont-ils satisfaits de ça? Ils sont très bien au travail mais après, sont-ils globalement très bien dans leur vie.»; «En médecine, parce que la médecine c'est un peu plus moins vrai. Tout à l'heure je voudrais qu'on prenne un moment pour qu'on puisse, si vous le savez pas, un petit rappel sur dans l'évolution de l'internat. Je pense que si vous le savez pas ça je pense que c'est important. La médecine d'une manière générale c'est quand même très chronophage des études. On doit rester à l'hôpital tu dois apprendre après on passe beaucoup de temps dans

les services, les gardes, les astreintes, les services. Forcément le temps qu'on passe à l'hôpital ou dans les bouquins, c'est un temps qu'on ne passe pas à faire autre chose comme les autres en font. Je pense que il y a des gens qui le voient plus ou moins bien aussi cet équilibre à trouver comme la vie familiale, la vie sociale parce que intéressant. Parce que l'internat ça correspond aussi à l'âge où on se met en couple éventuellement, on peut fonder une famille. L'internat ça commence vers 22-23 ans, je veux pas dire ça de manière plus précise et puis ça dure quatre ans on finit vers 26 ans.».

AMÉNAGEMENTS EFFECTUÉS

1. Catégorie : réduction du nombre de jours de garde «Mais quand on est 50 et qu'il y a un planning de 100 gardes à faire, on en fait 2 chacun. On est 100 on en fait 1 chacun. On ne va pas augmenter le nombre de jours de gades. Et l'hôpitla n'a ps envie de de payer deux fois d'internes de gardes. Donc en étant plus nombreux, on a moins de travail. C'est comme partout. Ça c'est ma thématique.».

2. Catégorie : les jours de récupération «Et après l'augmentation du nombre d'internes ça ça change maintenant leurs conditions de travail. Ils ont 2 fois moins de travail qu'avant. Et là récemment l'apparition de la journée de formation, 2 1/2 journées de formation. En fait ils récupèrent. Ils ont droit à 2 ½ journées de formation obligatoires et ils récupèrent également aussi les astreintes le weekend, le jour. Il récupère aussi. Ce qui paraît pour moi la science-fiction. Ça fait beaucoup de jours à récupérer, à poser tout ça.».

3. Catégorie : Repos de sécurité «Et la dernière chose qui me semble intéressante à prendre en compte c'est l'évolution des conditions de travail. 1) la grande révolution des conditions de travail des internes, c'est la mise en place du repos de sécurité après la garde. Ça paraît évident que quand on a travaillé 12h 24h d'affiliée et qu'on fait notre journée plus la garde, on ne bronche pas sur notre, vous on ne fait rien, c'est plus délirant que ça. Nous on faisait ça sans poser de questions. On était fatigué mais eheee après on développait des stratégies d'ailleurs pour cela. C'est pour cela que je trouve que c'est important. ».

4. Catégorie : liste de suppléance pour les gardes «Un problème de garde on avait pas de problème à changer. Ils sont quatre fois plus, ils font 1 garde par mois moins d'une garde par mois quand même après quand il y a un qui a un problème de garde il n'arrive pas à la

changer. Et d'ailleurs on place une liste de suppléance parce qu'il y en a qui ne pensent pas à prendre leur garde et il faut absolument qu'il y ait un nom devant sinon il y a aura personne. L'administration a mis en place des listes de suppléances depuis des années.

ROSETTE, infirmière spécialisé en médecine du travail

DÉTERMINANTS DE LA SOUFFRANCE CHEZ LES INTERNES

1. Catégorie : dépression chez les étudiants en médecine «Non nous on commence à voir les étudiants de médecine de 5^e et 6^e années. On les a vu l'année dernière. C,et leur première année. Sauf que pour nous c'est les D3. Et du coup on les voit. On les voit l'un des deux. On voit surtout si au niveau vaccination l'hépatite b si ils sont à jour pour aller en stage à l'hôpital. Mais pas vraiment après sur leur vécu. On s,est rendu compte qu'il y en avait qui n'allaient pas bien. Qui étaient sous antidépresseurs. Donc on a décidé de les voir. On a vu ça une année. On a pas de chiffres. On a rien. On n'a pas dégagé de statistiques. Rien. Il y a eu 151 convocations d'étudiants en 5^e 6^e années vous en avait vu 126. Il y a 44 étudiants qui souhaitent revenir l'année prochaine pour que les infirmières puissent les écouter. Après sur les 126 je ne pourrais pas dire comment allaient bien combien n'allaient pas bien, moi je dirais 1 sur 3.».

2. Catégorie : Absence des espaces transitionnels «Parce qu,ils ont trouvé ça bien. Parce qu'elles les écoutent. Parce qu,ils pensent que leurs santé c,est important. On ne s,en occupe pas trop. Avant on ne s,occupait pas trop. Rien que de discuter cela les a fait du bien. Et déjà en D2, ils avaient déjà eu des difficultés par rapport à leurs études.».

3. Catégorie : dépression des étudiants «La pression au niveau des études. Gérer le stress. La compétition, le classement. Ils se posent aussi de questions de savoir est-ce qu,ils ont fait le bon choix de devenir médecin. Donc il y a tout ça. Ça ne veut pas dire que ce sont des gens qui après vont avoir un suivi psy, ils sont sur antidépresseurs, il y en a certains mais pas tous. Et ce qui est ressorti quand on leurs dit qu,il ne sont pas tout seul à être en difficulté ils sont étonnés.».

4. Catégorie : Souffrance considérée comme tabou en médecine «En fait ils n'en parlent pas du tout entre eux. S'ils commencent à parler de leur mal être c'est un signe de faiblesse. C'est mal vu. Moi j'ai entendu ça pas mal de fois ».
5. Catégorie : Autopression des étudiants «Cela leur fait du bien de dire que c'est dur et qu'il faut énormément travailler. Ils se culpabilisent beaucoup aussi. Quand ils ne travaillent pas il y en a quand ils font une ½ journée sans travailler ils sont mal après. Ils ont l'impression de perdre leur temps.».
6. Catégorie : conciliation études/travail «Il y en a qui vont en stages. Ils font des nuits hein. Il y en a qui font aides opératoires aussi.».
7. Catégorie : Fragilité personnelle « Cela peut être une question de fragilité personnelle aussi. Ils sont comme dit , je trouve qu'ils n'arrivent plus à gérer le stress.».
8. Catégorie : Autopression liée à l'ECN «Il y en a qui vont prendre le devant directement avec les spécialistes. Il y en a qui essayent de faire d'autres techniques. Il y en a qui arrivent à faire du sport. Ils ne font rien du tout. Ils ne font que travailler 7 jours sur 7. Même pas aller en vacances parce que c'est le concours. Le concours de d4, ils veulent être dermatologues et donc il faut travailler au maximum pour avoir ce qu'ils ont envie de faire.».
9. Catégorie : compétition entre les étudiants «Et il y a aussi la comparaison entre eux. Il y a des groupes au cours d'une soirée celui qui n'a pas la bonne réponse. Il se sent inférieur aux autres. Il dit je ne travaille pas assez. Il dit je suis mauvais. Il y en a qui ont 15 de moyenne. . il y en a qui avec 12 s'en contente. Il y en a d'autres que les copines ont lâché. C'est un ensemble aussi de choses. Mais ils se font aussi beaucoup de pression. D'être arrivés et d'être le meilleur.».

KYLIAN, étudiant en 4^e année de médecine
--

DÉTERMINANTS DE LA SOUFFRANCE CHEZ LES INTERNES
--

- | |
|---|
| <p>1. Catégorie : Dépression liée à l'ECN «Les étudiants en médecine sont toujours un peu déprimés. En 2^e 3^e année ça va parce qu'ils n'ont pas de grosses responsabilités, ils profitent</p> |
|---|

de la vie. Mais après 5^e 6^e année médecine, il y a encore un concours. Ils sont très stressés parce qu'il faut choisir la spécialité. C'est très stressant.».

2. Catégorie : Dépression liée à la surcharge de travail dans l'internat «Après quand tu es interne c'est faire beaucoup d'heures de travail, c'est pas possible d'autre chose à côté. C'est pareil.».

3. Catégorie : Éffusion émotionnelle « J'ai vu une interne pleurer l'année dernière.».

4. Catégorie : stress chez l'interne lié à la surcharge de travail «Généralement c'est dans le service des AVC le service des accidents vasculaires. Il y a beaucoup de personnes qui font l'AVC, il y a beaucoup de personnes qui sortent. comme il y a beaucoup de personnes qui sortent, cela fait beaucoup de travail beaucoup de compte rendu à faire, de papier à faire, en gros, l'interne n'a pas fini il y a l'ambulancier qui vient et dit quand est-ce que tu vas finir. Il faut que je l'emmène. L'infirmier qui vient l'emmener aussi en fait c'est beaucoup de stress c'est comme cela. C'est beaucoup de compte rendu à faire. Et c'est à cause de ça.».

5. Catégorie : peur liée au rapport au sensible «J'ai aussi vu un interne pleurer, un interne c'est quand son patient est décédé ça la faisait peur. C'est vraiment une pression à cause des autres.».

6. Catégorie : Atterrissage en catastrophe sur la planète travail «Oui on pourrait faire mieux encore, oui aller en stage c'est très important parce que on voit des patients et donc là on essaie de les aider comme on peut. C'est déjà significatif et puis après. Voir les maladies directement cela permet de comprendre. C'est vraiment bien d'aller en stages. Après on est pas assez prêt pour aller en stages. Parce que quand on nous demande de rédiger les choses, de présenter les dossiers, on ne nous l'a jamais expliqué avant d'aller en stages. En fait c'est du travail à faire quand on est en interne. C'est du travail supplémentaire pour l'interne. Nous on est pas préparé à faire une observation, un examen clinique. Une fois qu'on est en stages, on est forcé d'apprendre en stages. On devrait faire un peu plus avant d'aller en stage pour être un peu plus autonome. Le problème c'est que on ne se sent pas prêt pour être en stage. On manque beaucoup de choses. L'interne le fait. C'est pourquoi en travaillant avant et un peu mieux avant d'aller en stages faire un examen clinique, faire une

observation, synthétiser un dossier et faire une lettre au médecin traitant pour aider l'interne et si on fait ça bien c'est plus productif ».

7. Catégorie : pénurie de professeurs «C,est normalement le professeur de médecine qui doit nous former. C'est mieux que rien parce que le problème s,il n'y a pas de 5^e et 6^e année de médecine pour nous former il n'y a personne. C'est le problème en fait. Les profs ne peuvent pas faire ça, ils n'ont pas le temps de le faire.».

8. Catégorie : Apprentissage clandestin «C,est normalement le professeur de médecine qui doit nous former. C'est mieux que rien parce que le problème s,il n'y a pas de 5^e et 6^e année de médecine pour nous former il n'y a personne. C'est le problème en fait. Les profs ne peuvent pas faire ça, ils n,ont pas le temps de le faire.».

EVA, la mère d'une interne finissante

DÉTERMINANTS DE LA SOUFFRANCE CHEZ LES INTERNES

1. Catégorie : surcharge cognitive «Les grandes plaintes principales sont les mêmes. Trop de travail, pas assez de temps pas assez pour lui-même. Il y a un peu les mêmes plaintes des internes au canada qu'ici.»; «Le véritable problème c'est trop de présence sur le temps du travail. La surcharge horaire. Ils ont le travail en service, les gardes avec les jours fériés. Et vraiment c'est le point premier que les gens disent vraiment trop d'heures de travail. Pas assez de temps de récupération. En fait si on fait la liste des besoins fondamentaux, ça c,est le besoin de repos et de calme. Si on a pas de repos on ne peut pas tenir.».

2. Catégorie : Nécessité de développer des professions intermédiaires «Ce sont les plaintes du monde occidental. C,est-à-dire à cause de l,informatique de l'administratif touchant tous les professionnels trop de travail. Il faudra développer certaines professions intermédiaires. Par exemple nous en France on aimerait que les infirmières fassent certaines tâches de médecins. Et qu'il y ai d,autres professionnels qui fassent le travail de l'infirmier aussi. La pauvre infirmière ne pourra pas faire tout seul. Ça serait l'une des solutions possibles. Je ne sais c'est l,une des solutions qu'il faut proposer».

3. Catégorie : conflit entre les médecins «Il y a beaucoup plus de solidarité chez les infirmières que chez les médecins. C,est aussi un gros problème chez les médecins. Il n'y a pas de solidarité. Les médecins se

tapent dans les pâtes les uns les autres. En plus c'est compliqué, c'est bien de mettre en place ce qui ne va pas. Qu'est-ce qui ne va pas.».».

4. Catégorie : souffrance au travail liée aux conditions de travail difficiles «La souffrance vient de quoi des émotions désagréables, des pensées désagréables qui sont liées à des conditions de travail difficiles. Et donc pouvoir défaire tout ça c'est compliqué».

5. Catégorie : Déconsidération des internes par les seniors «Après dans les autres problèmes il y a celui de reconnaissance effectivement qui est très fort. Ils trouvent qu'ils ne sont pas reconnus. On ne les écoute pas on ne fait attention à ce qu'ils pensent, à ce qu'ils disent. C'est pourquoi ils ne peuvent pas s'exprimer parce que les supérieurs hiérarchiques passent le temps à les écraser.».

6. Catégorie : apprentissage par la souffrance «En France dans nos formations c'est beaucoup la formation à la maltraitance. On considère que si vous avez bavé si vous avez souffert c'est mieux. Vous allez mieux apprendre. Vous allez apprendre en souffrant. Alors que dans le monde éducatif pour les jeunes enfants on dit non il faut de la bienveillance pour apprendre. Mais en France c'est pas du tout bien vu. Ça commence maintenant pour les petits enfants mais pour les collèges lycées et universités on apprend en souffrant. Donc là c'est un principe de base qui est très gênant. Et du coup il est véhiculé par tout. Donc il y a l'apprentissage par la souffrance. Il y a un besoin de reconnaissance de l'interne qui est car même très fort.».

7. Catégorie : sous-alimentation «Après je vais dire dans les besoins qu'il peut y avoir il y a car même les besoins physiologiques donc manger avoir les heures de repas classiques, pouvoir boire.».

8. Catégorie : Pyélonéphrite liée au manque de temps pour satisfaire le besoin d'éliminer «J'en parlais quelques jours avec une fille c'était une infirmière ça revient au même. La fille me dit je n'ai même pas le temps d'aller boire. J'ai fait une pyélonéphrite, c'est une infection des reins.».

9. Catégorie : sous-alimentation et perturbation de sommeil liés à la surcharge cognitive «Les repas elle me disait je n'ai pas beaucoup de temps d'aller manger de façon régulière. Ça me pose aussi problème. Le problème de dormir. Comme ils font trop de travail. Et bien oui le sommeil est très perturbé en plus quand on est de garde pour dormir c'est très compliqué. Et bien ça ce sont les premiers besoins qui me viennent.».

10. Catégorie : temps de travail trop long «Les problèmes ce sont limiter le temps de présence sur le lieu de travail. Le temps de présence est beaucoup trop long à tel point quand ils veulent prendre des vacances c'est tout un Bazard. Rapport travail santé.».

11. Catégorie : besoin de calme «Besoin de calme, très souvent ils disent agités en permanence par exemple l'exemple que vous disait tout à l'heure plusieurs informations me sont venues en même temps il faut que je remplisse le dossier, il faut que je réponde à l'aide-soignante, il faut que je voie avec la famille et puis le patient qui était là. On a trop de stimulation, on a un besoin de calme très fort très fort. Ce sont les premiers besoins qui me viennent là comme cela.».

12. Catégorie : heures d'astreintes «Dès qu'ils sont malades c'est extrêmement compliqué. Ils n'ont pas le droit de dire pratiquement qu'ils sont malades parce que c'est mal vu s'ils n'assument pas leur travail qui va le faire à leur place. On leur fait comprendre que ce sont les heures d'astreintes s'ils ne sont pas là. Donc ils se sentent indispensables. Ils ne s'autorisent même plus à dire qu'ils sont malades. Ils ont tendance à prendre de trop pour aller consulter.».

13. Catégorie : surcharge de travail des séniors «La notion que j'ai. C'est qu'il y a certains médecins qui sont responsables pour l'interne. Ce médecin ne s'occupe pratiquement jamais de l'interne. L'interne se débrouille pratiquement tout seul. Le sénior on appelle ça le sénior les séniors sont tous surchargés de travail. Donc cette fonction d'aider les internes n'est pas du tout assumer. Ma fille me disait je suis toute seule, pratiquement toute seule personne pour m'aider. Cette fonction officielle de l'interne n'est pas réalisée. Ça répond au besoin de l'interne de ne pas être tout seul. D'être en sécurité. Ils n'ont pas ce besoin de sécurité. Parce qu'ils n'ont personne pour les aider. et ça c'est pareil, la solitude de l'interne. Et nous à notre époque c'était déjà présent. Et je vois que cela s'est accentué. Pourquoi parce que les médecins sont surchargés. Ils n'ont plus le temps de faire ce travail. Alors qu'on leur dit qu'ils doivent le faire. Ils doivent prendre plus de temps qu'avant.

14. Catégorie : hypocrisie des séniors «En réalité c'est l'inverse il y a beaucoup d'hypocrisie entre ce qu'on dit qu'on fait et ce qu'on fait. On fait croire qu'on fait ça et ça mais en fait on ne fait pas. Mais ça se dit pas.».

15. Catégorie : Mutisme de l'interne «Mais là aussi l'interne doit se taire il ne doit pas dire mon sénior ne m'a pas aidé. Et non il faut faire croire que le sénior est là qu'il fait son travail. Et donc tout ça c'est un système il faut se taire. Ou la parole est étouffée. L'interne n'a surtout le droit de dire ça. Il doit souffrir. Et même si il avait l'esprit critique il doit il sera broyé les gens qui ont l'esprit critique sont mal vu. Très mal vu il faut qu'il se taise.».

16. Catégorie : stress lié à la peur du médico-légal « Et bon aujourd'hui c'est compliqué les professionnels de santé ont un double message d'un côté on leur dit vous ne pouvez pas tout faire vous ne pouvez pas être performant de l'autre côté et c'est le cas particulier des internes et des médecins nous avons une responsabilité médico-légal que nous n'avons pas avant. Concrètement si nous faisons une erreur nous pouvons passer au tribunal. Aux états-unis au canada vous le savez et en France beaucoup plus. Et nous ça commence à arriver, les médecins ont très peur du médico-légal. Ils ont peur d'aller au tribunal et d'être condamné. Et donc comment ils peuvent gérer les deux informations, c'est normal vous ne pouvez pas faire les choses très bien et en même temps en tant que médecin si je ne les fais pas bien je peux passer au tribunal. C'est compliqué comment assimiler les deux dans mon cerveau. C'est aussi preuve de beaucoup de souffrance pour les internes. Parce que si l'interne n'est pas en première ligne par rapport au médecin sénior il faut savoir qu'aujourd'hui un interne peut car même être envoyé au tribunal et même condamné. Je crois qu'il y a eu de rares cas d'internes qui ont été condamnés. C'est nouveau on avait jamais vu ça avant. C'est à vérifier mais je crois. ».

ANNEXE N

**INTÉGRATION DES CATÉGORIES FAISANT PARTIE DE LA MODÉLISATION DU
PROCESSUS D'AUTOFORMATION DE WILLIAM**

Tableau 15

MANQUES	INCERTITUDES ET CHALLENGES
<p>1. Catégorie : manque de temps pour faire les liens avec les superviseurs «On a pas eu le temps de faire beaucoup de liens avec les professeurs pendant l'externat pendant les stages de un mois à la fois. Des fois moins que ça. On change de professeurs d'une semaine à l'autre.»; «Je n'ai pas vraiment eu l'occasion de créer des liens. Ça me prend beaucoup plus de temps pour créer de liens. J'ai besoin de comprendre un peu mieux comment les gens pensent avant de penser à me faire des liens.».</p> <p>2. Catégorie : Manque de connaissances «On avait des évaluations ce qui fait que j'avais cette information-là, je pense qu'il me voyait comme quelqu'un qui avait besoin de pas mal d'explications pour être capable de mieux comprendre les affaires d'abord au niveau des connaissances ah oui».</p> <p>3. Catégorie : manque d'organisation « aussi j'avais de la misère à organiser. La misère à m'organiser ça dépend l'objectif</p>	<p>1. Catégorie : compétitions de postes de travail «Si on veut comprendre ces jeunes personnes qui font un burnout tout ça il faut mettre à jour notre perception de la profession aussi. Actuellement on est pas garanti un poste. Il y a beaucoup de compétitions de postes. On est en compétition avec ceux de l'année d'avant. Il ya des gens qui changent d'année en cours de route, des parcours de plus en plus longs.».</p> <p>2. Catégorie : imprévoyance des postes de travail «Parce qu'il n'y a pas de postes. Il n'y n'a pas de postes disponibles. Ils ont des attentes du genre il faut aller faire une formation de plus. On est même pas sur qu'on va avoir un poste pareil. Il y a aussi une mise à jour à faire.».</p> <p>3. Chômage des médecins «Pour ça il y a un sens pourquoi on le fait. C'est quelque chose qui est important au niveau du réseau actuel. J'ai un ami qui est cardiologue il n'est pas capable de se trouver un job ça trois ans qu'il a fini.».</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Désirs</p>

<p>....une chose qui arrive c'est que à mesure qu'on avance il y a beaucoup de choses qui deviennent implicites dans notre façon de fonctionner.».</p> <p>4. Catégorie : manque d'organisation dans la collecte d'informations « Comment on me percevait on me percevait comme quelqu'un qui avait beaucoup de connaissances mais qui ne disait pas les choses à la chose et puis que les choses soient claires au niveau des connaissances au niveau de faire un plan. Mais comme quelqu'un qui n'est pas bien organisé dans la collecte d'informations.».</p> <p>5. Catégorie : manque d'informations sur la résidence et les ouvertures «Une autre partie c'est de pouvoir mieux informer les gens de ce rôle avant qu'ils s'engagent en résidence de 5 ans. Il faut avoir la flexibilité pour qu'en chemin ils s'intéressent mieux. Il y a aussi beaucoup de possibilités, il faut être informé aussi.».</p> <p>6. Catégorie : manque d'informations pour faire le choix de résidence « Ouais mais pas d'avoir fait un mauvais choix. Parce que on a pas beaucoup</p>	<p>1. Catégorie : désir de valorisation sociale «C'était aussi pour avoir un rôle valorisé par la société. C'était cet intérêt-là.».</p> <p>2. Catégorie : désir de considération et de reconnaissance «Ça dépend. La perception des autres c'est une caractéristique de la personnalité. C'est de savoir le superviseur comment il nous percevait c'est très variable d'une personne à l'autre. Il peut arriver qu'il nous perçoive positivement. Mais je n'ai pas besoin qu'il d'une perception amicale de fois le respect c'était ça que j'étais capable d'aller chercher ;a la fin. En démontrant les compétences, on peut aller chercher un respect.».</p> <p>3. Catégorie : Désir de comprendre avant de faire «C'est ça qu'on faisait on avait plus de problèmes au début. Je ne voyais pas comment l'expliquer. Au juste j'avais plus de facilité à expliquer qu'à me faire expliquer les choses parce que j'ai pas de facilité à faire les choses avant de les comprendre j'ai besoin de les comprendre avant. Donc que au début on expliquait les choses, il y a beaucoup de gens qui ne sont pas de bons pédagogues qui disent qu'est-ce qu'on fasse mais qu'on ne comprend pas. Je pense que c'est une gaîté personnelle que je n'ai pas c'est de vouloir faire plaisir. Moi j'ai pas envie de faire quelque chose pour faire plaisir aux gens. Il faut que je comprenne c'est quoi le</p>
---	--

<p>d'informations pour faire un choix. Je pense qu'il y a ça.».</p>	<p>problème...ça me rendait ça beaucoup plus difficile. Je voyais au début ça ne filait pas.».</p>
<p style="text-align: center;">Insatisfactions</p> <p>1. Catégorie : leadership ministériel «On reçoit des messages, il faut libérer les lits c'est tellement abstrait tu ne peux pas dire c'est pas un gestionnaire qui va venir décider qu'un patient s'en va, non les patients s'en vont une fois qu'on a tout fait avec eux et puis que. Ce que le milieu hospitalier encourage c'est prendre la défense des patients par rapport aux enjeux administratifs de gestion. Sauf que on pour moi c'est pas quelque chose de séparé. La gestion dit de faire des choses en fait c'est ce qu'on fait à l'hôpital. L'hôpital quand c'est une intervention complexe ou le patient est là il se passe plein plein de choses.».</p> <p>2. Catégorie : conflit avec l'autorité ministérielle «finalement on se retrouve avec une sorte de leadership ministériel qui fait que on s'attend à ce que les gestionnaires il faut qu'il rendent des comptes au ministre, ils essaient de restreindre les options de médecins. En tout cas je reçois les courriels de fédérations là il y a beaucoup de</p>	<p>4. Catégorie : désir d'autonomie «C'est un peu comme dans n'importe quel travail. Le travail de résidents ce n'est pas juste apprendre c'est un travail qui est encadré par la loi sur les services essentiels au québec. Les étudiants sont obligés de couvrir les gardes collectivement. Il faut avoir l'autonomie qui va avec cela. C'est quelque chose qui varie d'un endroit à l'autre. Il faut avoir beaucoup d'autonomie. Il ne faut pas avoir plus d'autonomie ou de compétences qu'on a donné. Cela m'est arrivé au début quand je couvrais les gardes de médecine interne c'est que je ne savais . mes attentes c'est que j'appelle les gens on a besoin de plus d'explication sur c'est quoi les attentes. On a besoin d'autonomie qui va avec notre formation. Pour moi c'est ça.».</p> <p style="text-align: center;"><u>Transitions vécues</u></p> <p>1. Catégorie : pause académique «À ce moment-là je m'imaginais pas vraiment dans le rôle avec les responsabilités au sein d'une équipe. Dans mon parcours en fait, les 2 premières années de médecine, ou c'était devenu beaucoup plus concret, avant de commencer les stages, j'ai pris une pause. J'ai fait une session en philosophie. Parceque justement le ça commençait à ressembler à un travail beaucoup plus technique, de répétition</p>

<p>situations de conflits avec l'autorité ça ne finit plus il reste encore cette espèce d'ambiance là. On a un système un peu bizarre.».</p> <p>2. Catégorie : harcèlement «Puis après il peut avoir des situations de harcèlement intimidation qui arrive assez souvent. Tu vois ça peut être vu dans certaines situations. Et puis à quoi ça sert. Les gens commencent les cours de médecine pour une raison. Et cette raison évolue.».</p> <p>3. Catégorie : commentaires négatifs sur les médecins «Il y a un miss match entre deux choses qu'on voit là pis en plus on voit sur internet des commentaires sur les médecins, il y a des articles il y a ceux qui appellent le docteur machin, il y a aussi une attitude du ministre qui pense que les médecins sont des profiteurs qu'il faut contrôler sinon ils vont essayer de profiter de plus en plus puisque c'est son expérience personnelle en tant que médecin. Il y a ce message négatif là et».</p>	<p>de vider toutes les cases, d'aller chercher toute l'information, c'est quelque chose que j'ai continué à vivre à la résidence.».</p> <p>2. Catégorie : Abandon de stages «Moi je me suis en sorti, j'ai abandonné le stage.».</p> <p>3. Catégorie : reprise de stages de 6 mois «Pas dans ce milieu-là. Il a fallu que je reprenne 6 mois de stages.».</p>
OBSTACLES, DIFFICULTÉS ET IRRITANTS	
Typologie de besoins en situation d'autoformation	

1.1. Facilitation à l'adaptation du-de la résident-e à de nouvelles fonctions et à sa socialisation à la réalité quotidienne du milieu de travail = besoin de tutorat ou de préceptorat en médecine = tutorat ou préceptorat en médecine

Catégorie : Déclassement professionnel liée à la difficulté du résident de s'adapter à la situation professionnelle «Ben quand j'étais en deuxième année de résidence, j'ai commencé un stage c'était dans un milieu dans un hôpital à l'extérieur de la psychiatrie générale. J'ai fait de tout ce qui était intéressant. J'ai fait de l'urgence, je faisais quelques patients hospitalisés aussi. Pis hein c'était de toucher à tout là. En général c'est comme dans un centre à Sherbrooke nous sommes sur une unité pendant un stage. Dans ce centre là ça ne fonctionne pas comme cela c'est un centre général je faisais de tout sauf que ils se sont rendus compte après trois mois que cela ne marchait pas parce que mon niveau de compétences là ils m'ont il fallait changer ça, en fait je les demandais trop de temps de supervision, je n'étais pas à l'aise de faire des prescriptions qu'il jugeait de base.

Je posais de questions et ça ne marchait pas. En fait ils m'ont enlevé mes externes, ils m'ont enlevé comme la plupart de mes patients. Ils m'ont enlevé ils ont beaucoup réduit ce que je faisais. Puis pour moi ça n'a pas de sens qu'après trois mois ils me fassent ça, je me retrouvais avec pas beaucoup de tâches cliniques, je ne savais pas comment disposer pour utiliser mon temps. Jusqu'alors ma principale chose que j'apprenais c'est comment gérer un malade complexe, comment se prendre plusieurs tâches en même temps. Ça a été ça un genre de situation un peu difficile.».

2. Catégorie : difficulté à s'organiser «aussi j'avais de la misère à organiser. La misère à m'organiser ça dépend l'objectifune chose qui arrive c'est que à mesure qu'on avance il y a beaucoup de choses qui deviennent implicites dans notre façon de fonctionner.».

3. Catégorie : besoin d'explication pour mieux comprendre «On avait des évaluations ce qui fait que j'avais cette information-là, je pense qu'il me voyait comme quelqu'un qui avait besoin de pas mal d'explications pour être capable de mieux comprendre les affaires d'abord au niveau des connaissances ah oui».

4. Catégorie : réapprentissage du fonctionnement de chaque milieu clinique lié changement fréquent de lieux de stages «En fait ce que j'ai trouvé particulièrement difficile c'est la logistique

de tout cela c'est de devoir changer de milieu de réapprendre comment fonctionne chaque unité. C'est beaucoup plus ça.».

1.2. Perte de motivation et de sens au travail = Besoin d'équilibre professionnel

1. Catégorie : lassitude professionnelle «Je pense juste à une en psychiatrie. La personne a qui je pense à un autre intérêt a devenir thérapeute en santé alternative. Il y a des choses qu'elle trouvait difficile. Je peux aussi parler d'un point de vue professionnel. C'est ce que je vois avec les patients les gens qui sont en arrêt de travail. Souvent je me fais référer des gens pour arrêt de travail pis la conclusion ce qu'il a eu son il ne veut y retourner. La question c'est que comment veux-tu qu'on règle le problème de quelqu'un qui ne veut pas retourner au travail. Il faut avoir le goût de remplir le rôle de professionnel à la fin et puis trouver que c'est quelque chose qui vraiment valorisant pour utiliser les moyens pour traverser les épreuves. Juste pour cette raison c'est pas possible que tout le monde finisse.».

2. Catégorie : manque d'informations sur les opportunités post résidence «Une autre partie c'est de pouvoir mieux informer les gens de ce rôle avant qu'ils s'engagent en résidence de 5 ans. Il faut avoir la flexibilité pour que en chemin ils s'intéressent mieux. Il y a aussi beaucoup de possibilités, il faut être informé aussi. Dans mon cas je serai clinicien chercheur. Je ne serai jamais plus que 50% de mon temps en clinique. La recherche ça me donne l'énergie la clinique ça m'ennuie. Il faut rechercher cette espèce d'équilibre. Ça dépend de comment on fonctionne aussi. De fois il faut voir les possibilités.».

1.3. Besoin de gestion des documents administratifs

1. Catégorie : difficulté à utiliser les documents relatifs à la prescription «En fait c'est beaucoup plus compliqué d'apprendre c'est quoi les feuilles à utiliser pour quel type de prescription. À qui les donner sur l'unité. C'est tous ces aspects administratifs.».

1.4. Pression managériale complexifiant la qualité et la performance des pratiques = besoin de gérer le stress dérivé de l'imputabilité de la décision médicale

1. Catégorie : demande de libérer les lits «On reçoit des messages, il faut libérer les lits c'est tellement abstrait tu ne peux pas dire c'est pas un gestionnaire qui va venir décider qu'un patient s'en va, non les patients s'en vont une fois qu'on a tout fait avec eux et puis que. Ce que le milieu hospitalier encourage c'est prendre la défense des patients par rapport aux enjeux

administratifs de gestion. Sauf que on pour moi c'est pas quelque chose de séparé. La gestion dit de faire des choses en fait c'est ce qu'on fait à l'hôpital. L'hôpital quand c'est une intervention complexe ou le patient est là il se passe plein plein de choses.».

2. Catégorie : découragement du personnel lié aux remarques négatives managériales «Pis on peut accélérer on peut rendre ça plus efficace ou moins efficace dépendant de ce qu'on fait. Sauf que c'est pas vraiment comme ça encourager hein cette culture qui tend ... de fois ça peut être décourageant pour le personnel qui travaille à l'hôpital. De fois ça peut donner l'impression qu'on ne fait pas grand-chose, qu'on attendc'est ça arrive quand on est pas conscient de ce qu'on est en train de faire. Quand on ne connaît pas le processus.».

1.5. Déséquilibre entre l'autonomie et les compétences = besoin d'expression du-de la résident-e

1. Catégorie : soumission de l'interne «Ça veut dire avoir beaucoup de responsabilités par rapport à ce que tu es capable de faire ou à l'inverse tu as l'impression de n'avoir aucune possibilité de décisions tu ne peux pas utiliser tes compétences. Ça c'est quelque chose qui est dans n'importe quel milieu de travail.».

1.6. Stress lié à la qualité et la performance des pratiques = imputabilité sociale de la décision médicale

1. Catégorie : absence de confiance aux externes «Déléguer. Si par exemple, de fois on a des externes, de fois on a je ne sais pas..... mon expérience comme résident c'est on ne peut se fier vraiment à ça. Il fallait être capable de tout faire. Et là pour être capable de partir plutôt oui ils sont capables de m'aider mais ça restait quand même mon expérience c'était que si pas moi qui le faisait il n'y avait personne qui le faisait et il y avait beaucoup de patrons avec qui j'ai travaillé hein le savait pertinemment qu'ils voulaient les choses. Je ne pouvais pas me fier à eux. Moi je prenais cette responsabilité-là.».

2. Il n'y avait pas le même niveau de préoccupation que moi. À part être capable de tout faire. Apparemment, il y a une partie de l'expérience à ça, devenir capable de faire la différence entre qu'est-ce qui est important, qu'est-ce qui est juste un détail juste opérationnel tout ça. Mais moi qu'est-ce que j'apprenais, je ne voulais rien oublier, c'est aussi le rôle symbolique, si on ne prescrit pas les bilans et après ça on le dit le patient s'attendait à ce que ça soit fait. Disons que

tu attends à un congé d'hôpital ça a coûté 4 5000 pièces à la société. Et si régulièrement à cause des niaiseries comme cela».

Les facteurs de risque

2.1. Situations conflictuelles

1. Conflit avec le superviseur «J'ai eu des liens assez conflictuels avec ben en fait c'est très relié au contexte là. C'était pas des conflits majeurs avec des personnes parce que je ne m'entends pas avec la personne. C'est des situations où il y a des personnes avec lesquelles je ne m'entends pas et une fois que je m'en rends compte c'est correct je n'ai pas besoin d'avoir un lien très proche avec quelqu'un qui me supervise.».

2. Catégorie : difficulté à vivre avec la remplaçante «Mais j'étais ça m'a permis de bien comprendre qu'est-ce qui avait pu être difficile pour d'autres avec cette personne-là. J'ai essayé de supporter le plus pour aider les collègues après ça.».

2.2. Stress

1. Catégorie : remarques négatives de la remplaçante «après quelques jours, elle m'appelle dans son bureau pour me dire qu'elle est inquiète par rapport à mon parcours. Que je ne serais pas capable de devenir psychiatre, c'était quand même intense. Je n'étais pas le seul à avoir de problème avec elle. Ce qui fait que à ce moment c'était beaucoup plus d'en parler avec mes collègues, j'étais tellement fâché que je suis sorti dehors un peu.».

2. Catégorie : déclassement professionnel «Je posais des questions et ça ne marchait pas. En fait ils m'ont enlevé mes externes, ils m'ont enlevé comme la plupart de mes patients. Ils m'ont enlevé ils ont beaucoup réduit ce que je faisais. Puis pour moi ça n'a pas de sens qu'après trois mois ils me fassent ça, je me retrouvais avec pas beaucoup de tâches cliniques, je ne savais pas comment disposer pour utiliser mon temps. Jusqu'alors ma principale chose que j'apprenais c'est comment gérer un malade complexe, comment se prendre plusieurs tâches en même temps. Ça a été ça un genre de situation un peu difficile.».

3. Catégorie : demande pressante de libérer les lits «On reçoit des messages, il faut libérer les lits c'est tellement abstrait tu ne peux pas dire c'est pas un gestionnaire qui va venir décider qu'un patient s'en va, non les patients s'en vont une fois qu'on a tout fait avec eux et puis que. Ce que le milieu hospitalier encourage c'est prendre la défense des patients par rapport aux

enjeux administratifs de gestion. Sauf que on pour moi c'est pas quelque chose de séparé. La gestion dit de faire des choses en fait c'est ce qu'on fait à l'hôpital. L'hôpital quand c'est une intervention complexe ou le patient est là il se passe plein plein de choses.».

4. Catégorie : évaluation par la recherche des lacunes «Pis on évalue finalement les étudiants en fonction de qu'est-ce que nous on fait et que eux ne font pas. Mais les processus par lesquels ils pourraient le faire sont différents parce que nous on le fait parce que on les appris dans leur formation. Il y a beaucoup de choses que je n'ai pas besoin de passer aujourd'hui, ça me permet d'être beaucoup plus complet dans ce que je fais facilement.».

5. Catégorie : reproches reliées à une mauvaise approche pédagogique «Ce que j'ai besoin c'est que ça soit clair qu'est-ce qu'on s'attendait de moi. Pis il y a des situations ou ça n'a pas été du tout ça. Après ça il y a eu des situations ou j'ai eu des reproches qui étaient reliées d'après moi à une mauvaise approche pédagogique.».

2.3. Charge de travail élevée

1. Catégorie : épuisement professionnel «L'un des obstacles c'est l'épuisement professionnel».

2. Catégorie : surcharge cognitive «Je n'avais pas l'objectif de me faire vraiment aimé. J'avais l'objectif de pas trop souffrir parce qu'il y avait des fois qu'il y a des gens avec qui on ne s'entend pas. Dans le fond c'est d'être plus clair possible. Moi je hais ça quand on a pas des attentes pas claires avec moi. Pis je ne pense pas que les autres sont capables de savoir qu'est-ce qu'on s'attend. Je suis le plus clair possible dans ma façon de fonctionner que dans ma façon de communiquer, c'est comme cela que j'aime travailler. Hein c'est relié avecj'ai ce malaise-là, je trouve cela ne sert à rien. Ça met un obstacle à ce qu'on fasse les choses de la bonne façon. Un des problèmes majeurs dans la façon dont on travaille aujourd'hui c'est un problème de surcharge cognitive. On est tellement d'informations à gérer qu'on finit pas faire des erreurs.».

2.4. Démotivation

1. Catégorie : baisse de la motivation «La motivation a baissé progressivement».

2. Catégorie : baisse d'intérêt pour la médecine lié à l'apprentissage par technique «Parce que les premières choses qu'on faisait c'était vraiment plus ça ressemblait beaucoup plus à la raison que je t'ai dit c'est-à-dire apprendre à comprendre comment les choses fonctionnaient. Au cegep

le cours de biologie, un cours qui m'a intéressé parce qu'on parlait de la molécule jusqu'à la compréhension des écosystèmes. C'est ce que je voulais apprendre. Les premières il y a des choses que c'était variable, quand c'était des choses qui étaient beaucoup plus hein un apprentissage par technique beaucoup plus pointu, ça m'intéressait moins.».

2.5. Soumission obligatoire

1. Catégorie : harcèlement et intimidation «Puis après il peut avoir des situations de harcèlement intimidation qui arrive assez souvent. Tu vois ça peut être vu dans certaines situations. Et puis à quoi ça sert. Les gens commencent les cours de médecine pour une raison. Et cette raison évolue.».

2. Catégorie : soumission au superviseur «J'ai passé quelques semaines avec un professeur de médecine, j'ai compris c'était quoi par contre. C'est un peu une situation qui va avec il faut que tu te sentes impuissant.».

2.6. perfectionnisme = risque d'insatisfactions chroniques

1. Catégorie : Manque de confiance aux externes «Déléguer. Si par exemple, de fois on a des externes, de fois on a je ne sais pas..... mon expérience comme résident c'est on ne peut se fier vraiment à ça. Il fallait être capable de tout faire. Et là pour être capable de partir plutôt oui ils sont capables de m'aider mais ça restait quand même mon expérience c'était que si pas moi qui le faisait il n'y avait personne qui le faisait et il y avait beaucoup de patrons avec qui j'ai travaillé hein le savait pertinemment qu'ils voulaient les choses. Je ne pouvais pas me fier à eux. Moi je prenais cette responsabilité-là.».

2. Catégorie : peur de ne rien oublier «Il n'y avait pas le même niveau de préoccupation que moi. À part être capable de tout faire. Apparemment, il y a une partie de l'expérience à ça, devenir capable de faire la différence entre qu'est-ce qui est important, qu'est-ce qui est juste un détail juste opérationnel tout ça. Mais moi qu'est-ce que j'apprenais, je ne voulais rien oublier, c'est aussi le rôle symbolique, si on ne prescrit pas les bilans et après ça on le dit le patient s'attendait à ce que ça soit fait. Disons que tu attends à un congé d'hôpital ça a coûté 4 5000 pièces à la société. Et si régulièrement à cause des niaiseries comme cela».

FACILITATEURS DE L'APPRENTISSAGE

Facilitateurs 1 : le rôle des émotions dans le développement de l'action : l'engagement et la motivation sont canalisés par l'émotion

1. Catégorie : Goût d'améliorer la qualité de vie des patients «C'est le en fait ma motivation profonde par rapport au patient c'est que en psychiatrie on part toujours d'un problème qui du patient qui car même une situation problématique et puis je n'avais pas le goût d'expliquer les choses au patient qui ne l'intéresse pas qui n'affecte pas sa vie. En psychiatrie on a en fait ce en tout cas il y a aussi d'autres façons de faire la psychiatrie. Mais ma perspective de ça c'est que on règle les problèmes qui affectent la vie du patient. C'est d'améliorer la trajectoire pour avoir une meilleure évolution possible par rapport à ce qui est important pour lui, dans le fond c'est beaucoup plus facile d'avoir une pratique qui est orientée vers la santé positive en psychiatrie alors dans d'autres spécialités c'est beaucoup plus les techniques.».

2. Catégorie : plaisir dans l'accompagnement à long terme du patient «Ça prend ça pour faire de la psychiatrie. Ça prend du temps avant que ça s'améliore. Sauf que on travaille, on modifie les choses qui continuent de fonctionner qui continuent d'évoluer quand le patient est dans un état comportemental. C'était un peu ce qu'on fait en pédagogie là. Le rôle de professeur là. On a un impact et l'impact ce n'est pas juste qu'on le fait qu'on a un impact mais ça continue d'avoir un impact. C'est ce que j'aime en psychiatrie.».

Facilitateurs 2 : l'apprenant-e est acteur de ses apprentissages : l'apprenant-e s'engage dans son propre apprentissage pour créer du sens à son action (Dewey, 1897).

1. Catégorie : C'est vraiment un plus et je pense ça m'a aidé à être digne de faire ça c'est-à-dire la formation par apprentissage par problème parce que on nous disait qu'on faisait ça. J'allais moi-même je batissais mon raisonnement avec ce que je lisais. J'étais capable de l'amener. Est-ce que il y a certains cliniciens beaucoup plus dans l'approche dans la façon de voir le travail, dans l'interaction avec les collègues sur les étages. C'est beaucoup plus ça que j'ai appris des modèles de rôles mais le type d'apprendre le côté tant expertise psychiatrique c'est beaucoup plus dans mes lectures que j'ai appris ça.».

2. Catégorie : adaptation des connaissances à la situation en présence «Je vais donner une situation ou une personne était hospitalisée, elle faisait des hallucinations, elle ne savait pas, elle était décompensée. Il y a quelques choses qui à un moment donnée m'a frustré. C'était un stress

post traumatique pour ce diagnostic-là. Un stress post traumatique c'est très souvent un évènement qui se passe et ça ramène les symptômes qui étaient présents au moment du traumatisme. C'était une personne qui avait été criminalisé, qui avait été violent tout ça. J'ai vu des éléments qui me rappelait stress post traumatique, en fait j'ai fait revue de la littérature j'ai fait une thérapie à l'hôpital pour ce patient-là. Je n'avais pas de thérapie je l'ai adapté pour le patient. Ce qui est particulier en psychiatrie. Si c'était une intervention psychologique c'était quand même une intervention complexe. Il y a plein de composantes possibles il faut essayer de trouver ce qu'on met ensemble pour être le plus efficace. J'ai fait ça pendant que le patient était hospitalisé. C'est une expérience qui m'aide quand c'est les situations qui sont différentes je peux utiliser ce que j'ai eu pour le matcher avec ce que j'ai lu.».

Facilitateurs 3 : l'enseignant facilitateur : l'enseignement est recentré sur l'apprenant

1. Catégorie : soutien du superviseur dans la réalisation d'une psychothérapie avec un patient hospitalisé «Mon superviseur m'a aidé énormément en permettant de faire cela. Je n'ai pas trouvé une autre personne qui a fait cela. J'ai vraiment apporté une nouvelle affaire, j'ai apporté une psychothérapie avec un patient qui était hospitalisé. En général on ne fait pas ça. Il m'a permis de faire. Il m'a fait confiance. Il m'a écouté.».

Facilitateurs 4 : préparation du-de la résident-e à la transition externat-résidence

1. Catégorie : Résidence préparée par l'externat «C'est les stages. C'est l'externat qui nous prépare beaucoup plus. Qu'est-ce qu'il faut faire en tant que résident. Mais je dirais que l'une des difficultés avec la résidence au début là, j'ai fait une année ou je faisais des stages en neurologie, médecine interne, en urgence en médecine de famille. Pendant cette année-là, c'est vraiment variable d'une année à une autre. De façon qu'on est préparé à la résidence. D'un côté le fait que j'ai eu à m'adapter à beaucoup de milieux, ça m'a aidé après ça de plus en plus à m'adapter à un nouveau milieu.».

2. Catégorie : capacité de prescrire à la fin de l'externat «Mais je dirais qu'à la fin de l'externat je me sentais capable de faire des prescriptions parce que de toute façon on a pas à commencer puis à être capable de le faire la prescription verbalement. C'est progressivement on peut vérifier c'est quoi il faut prescrire. Je me sentais à l'aise avec les outils que j'avais pour prescrire.».

3. Catégorie : contresignature de la prescription de l'externe «D'après moi probablement il y a probablement une variation à ce niveau-là mais d'après moi la formation nous prépare à ça et c'est beaucoup plus dépendant de ce qui se passe au niveau de la dynamique de cette structure. Comme on dit on donne le cahier on dit prescrit, il y a bien des moyens de créer des situations qui se portent à être par rapport à la prescription. Moi mon seuil était plus élevé par rapport à la prescription, il y en a d'autres que c'est moins élevé. Mais en général je ne pense pas que la prescription c'est quelque chose qui soit si difficile que ça à acquérir parce que ça ressemble beaucoup plus à ce qu'on fait comme externe. On les écrivait les prescriptions c'est juste que c'était signée par quelqu'un d'autre. Le processus de le faire était toujours de faire comme ça on était supposé travailler.».

Facilitateurs 5 : Compétence informationnelle

1. Catégorie : aide l'apprentissage par problème «Oui je pense dans la mesure où on avait appris d'une façon et on avait des professeurs qui adhéraient à cette façon-là de fonctionner. C'était comme un point, on avait le même langage. Ça aidé quand même. Ça m'a aidé encore plus tard. Ça m'aide je pense dans cette perspective-là. Ça m'aide encore aujourd'hui là.».
2. Catégorie : maturation du raisonnement par l'apprentissage par problèmes «C'est vraiment un plus et je pense ça m'a aidé à être digne de faire ça c'est-à-dire la formation par apprentissage par problème parce que on nous disait qu'on faisait ça. J'allais moi-même je bâtissais mon raisonnement avec ce que je lisais. J'étais capable de l'amener. Est-ce que il y a certains cliniciens beaucoup plus dans l'approche dans la façon de voir le travail, dans l'interaction avec les collègues sur les étages. C'est beaucoup plus ça que j'ai appris des modèles de rôles mais le type d'apprendre le côté tant expertise psychiatrique c'est beaucoup plus dans mes lectures que j'ai appris ça.».
3. Catégorie : réflexion sur l'action facilitée par les lectures «J'ai appris beaucoup de choses. J'ai appris parce que je faisais une réflexion je retournais lire je réfléchissais. Dans la plupart du temps les superviseurs étaient interchangeables. Si c'était quelqu'un d'autre j'aurais appris la même chose. C'est plus ça que je disais. Ce n'est pas le fait d'avoir fait la pratique.».

Facilitateurs 6 : Respect des consignes et gestion/prévision des contingences : le conditionnement instrumental

1. Catégorie : Établissement des listes pour ne pas oublier «Hein faire des listes, écrire des choses sur le papier. Étant donné que j'avais plus de patients je me faisais une liste là, je cochais à chaque fois que j'en avais vu un, d'ailleurs on m'avait reproché que j'étais juste là pour essayer de cocher ma liste. Bon moi c'est comme cela que je gère ça. Parce que j'ai tendance c'est sûr qu'on oublie les choses. Je pense pas que ce soit cette tendance-là. Il y en a qui n'oublie pas les choses. Mais la plupart des gens ont tendance à oublier. Je ne veux juste pas oublier que tout soit fait. Pis faire des interventions excellentes dans certaines situations, pour la majorité c'est qu'on oublie rien on fait ce qu'on a faire d'abord et on fait des listes.».

2. Catégorie : imputabilité de la décision médicale «Déléguer. Si par exemple, de fois on a des externes, de fois on a je ne sais pas..... mon expérience comme résident c'est on ne peut se fier vraiment à ça. Il fallait être capable de tout faire. Et là pour être capable de partir plutôt oui ils sont capables de m'aider mais ça restait quand même mon expérience c'était que si pas moi qui le faisait il n'y avait personne qui le faisait et il y avait beaucoup de patrons avec qui j'ai travaillé hein le savait pertinemment qu'ils voulaient les choses. Je ne pouvais pas me fier à eux. Moi je prenais cette responsabilité-là.».

Facilitateurs 7 : l'erreur et l'optimalisation des nouvelles acquisitions dans le processus d'évaluation formative

1. Catégorie : déclassement professionnel du résident jugé nécessaire à apprentissage «Ben quand j'étais en deuxième année de résidence, j'ai commencé un stage c'était dans un milieu dans un hôpital à l'extérieur de la psychiatrie générale. J'ai fait de tout ce qui était intéressant. J'ai fait de l'urgence, je faisais quelques patients hospitalisés aussi. Pis hein c'était de toucher à tout là. En général c'est comme dans un centre à Sherbrooke nous sommes sur une unité pendant un stage. Dans ce centre là ça ne fonctionne pas comme cela c'est un centre général je faisais de tout sauf que ils se sont rendus compte après trois mois que cela ne marchait pas parce que mon niveau de compétences là ils m'ont il fallait changer ça, en fait je les demandais trop de temps de supervision, je n'étais pas à l'aise de faire des prescriptions qu'il jugeait de base. Je posais de questions et ça ne marchait pas. En fait ils m'ont enlevé mes externes, ils m'ont enlevé comme la plupart de mes patients. Ils m'ont enlevé ils ont beaucoup réduit ce que je faisais. Puis pour moi ça n'a pas de sens qu'après trois mois ils me fassent ça, je me retrouvais avec pas beaucoup

de tâches cliniques, je ne savais pas comment disposer pour utiliser mon temps. Jusqu'alors ma principale chose que j'apprenais c'est comment gérer un malade complexe, comment se prendre plusieurs tâches en même temps. Ça a été ça un genre de situation un peu difficile.».

2. Catégorie : retour réflexif sur l'erreur «En lisant finalement pour mes examens finaux je n'ai pas lu des testbooks, j'ai lu des guides de pratiques cliniques puis je me suis familiarisé avec ...j'essaye de familiariser avec les raisons derrière pourquoi on fait telle telle affaire. Donc plus ça avançait plus j'étais capable d'alimenter mon point, dans le fond quand j'étais sur l'unité à la fin de la résidence j'expliquais ce que je voulais qu'on fasse.».

Facilitateurs 8 : le rôle constructif des interactions : travail collaboratif, travail coopératif

1. Catégorie : leadership basé sur les compétences «Ben c'est sur que j'ai mon style de leadership est plutôt basé sur la compétence, je pense que c'est la personne la plus compétente dans les choses qui devait les faire. De fois ce n'était pas habituellement pas moi-même si c'est le médecin qui devait faire. Ça ne me dérange pas du tout. Il faudrait que la meilleure personne pour faire quelque chose le fasse. C'est pas si compliqué que ça.».

2. Catégorie : Collaboration infirmière-résident «Je n'aurais pas été capable de faire si je n'étais pas capable de me fier à mon équipe. Les infirmières elles font le suivi au jour le jour, les notes infirmières c'est nécessaire à mon travail quand le patient est hospitalisé. C'est l'information que j'ai qu'est-ce qui se passe avec le patient. L'intervention que j'ai il faut que je sache l'effet qu'elle a eu. Je parle avec les infirmières pour qu'elles puissent me donner un meilleur feedback.».

3. Catégorie : nécessité du travail d'équipe «La principale chose que je vais dire pour pouvoir être bien former il faut travailler avec une équipe. À la fin mon rôle mes qualifications professionnelles ne pourront pas exister si je n'ai pas une équipe à ma disposition. Quand je fais des consultations avec les médecins de famille je ne peux rien faire d'autres que de donner mon opinion aux médecins de famille. Au reste de l'équipe. Je ne travaille pas avec eux. Il n'y a pas de réunion d'équipes on dirait que 90% de l'impact que je pourrais avoir sur les patients c'est indirect avec ma participation».

4. Catégorie : Travail d'équipe «je pense que c'est relié aussi parce que quand je travaille dans un milieu c'est le travail d'équipe là, je n'ai pas particulièrement envie de travailler plus fort que

les autres. On travaille en équipe et les objectifs que ça soit moi ou quelqu'un d'autre qui le fasse pour que ça s'améliore ça ne change rien. Je travaille très étroitement avec les équipes.».

5. Catégorie : Approche idoine au travail en équipe «Comme je disais tantôt comme pour la prescription pour moi c'est un rôle symbolique de prescrire, j'essaye de le rendre ça le plus facile possible. Si ils ont besoin que je fasse une prescription c'est à cause de comment mon rôle fonctionne, donc je veux rendre ça le plus simple possible, je suis capable de prendre les meilleures décisions possibles pour le patient. Je pense que j'ai une approche qui faisait que c'était assez smooth de travailler en équipe. Je ne développais pas vraiment des amitiés avec les collègues avec qui je travaillais à l'étage. Mais dans les situations comme cela je pense que ça marchait bien avec l'équipe. Je pense que oui ça m'a vraiment aidé.».

6. Catégorie : collaboration résident-inhalothérapeutes «Si gérer un œdème aigu du poumon pendant la nuit j'avais j'étais capable de j'avais des ressources qui étaient là, les inhalothérapeutes m'informaient comment mettre le Bpap et le cpap. Mon rôle c'est que eux autres savaient comment prescrire.».

Facilitateurs 9 : le patient ressource, reflet des habiletés traduites en techniques

1. Catégorie : patient ressource «Il y a beaucoup qui disent ça. Il y a ceux qui disent comment les patients les ont donné mais c'est vrai dans un sens abstrait. Mais c'est pas les patients individuellement c'est la transmission de la part des patients c'est juste ça fait un reflet de ce que tu as comme habiletés de ce que tu as comme techniques. Et le fait de faire ce reflet c'est intéressant cela permet de s'ajuster. Il faut avoir un impact positif sur le patient. Pour moi c'est important c'est de faire un peu de suggestion c'est encourager le patient à faire un peu ça. Cela va bien aller. Parce que on ajoute l'effet placebo qui quand on veut démontrer qu'un traitement marche on peut faire abstraction de l'effet placebo. Mais dans la vraie vie on veut améliorer l'effet placebo. On n'a pas besoin que ce soit exactement la molécule qui fasse ça. On veut faire une différence on veut encourager ça. Mais comment faire ça. Si je n'avais pas eu ce reflet là pour mes habitudes de communication aussi en psychiatrie on passe le temps à expliquer c'est quoi la maladie. À quoi s'attendre c'est beaucoup plus dans ce sens-là que cela m'a aidé.».

Facilitateurs 10 : la maîtrise des leviers institutionnels

1. Catégorie : impact du programme de formation sur l'apprentissage du résident «le rapport avec mon programme de formation ça m'a aidé à ne pas voir le programme comme un adversaire qu'il fallait que je réussisse plutôt que de le programme a été un outil, il m'apportait les outils, il m'apportait les façons.».

Facilitateurs 11 : la constitution des aides mémoires

1. Catégorie : établissements listes pour ne pas oublier «Hein faire des listes, écrire des choses sur le papier. Étant donné que j'avais plus de patients je me faisais une liste là, je cochais à chaque fois que j'en avais vu un, d'ailleurs on m'avait reproché que j'étais juste là pour essayer de cocher ma liste. Bon moi c'est comme cela que je gère ça. Parce que j'ai tendance c'est sur qu'on oublie les choses. Je pense pas que ce soit cette tendance là. Il y en a qui n'oublie pas les choses. Mais la plupart des gens ont tendance à oublier. Je ne veux juste pas oublier que tout soit fait. Pis faire des interventions excellentes dans certaines situations, pour la majorité c'est qu'on oublie rien on fait ce qu'on a faire d'abord et on fait des listes.».

FACTEURS DE PROTECTION

Facteurs de protection individuels

1. Catégorie : capacité à ne pas trop souffrir de surcharge cognitive «Je n'avais pas l'objectif de me faire vraiment aimé. J'avais l'objectif de pas trop souffrir parce qu'il y avait des fois qu'il y a des gens avec qui on ne s'entend pas. Dans le fond c'est d'être plus clair possible. Moi je hais ça quand on a pas des attentes pas claires avec moi. Pis je ne pense pas que les autres sont capables de savoir qu'est-ce qu'on s'attend. Je suis le plus clair possible dans ma façon de fonctionner que dans ma façon de communiquer, c'est comme cela que j'aime travailler. Hein c'est relié avecj'ai ce malaise-là, je trouve cela ne sert à rien. Ça met un obstacle à ce qu'on fasse les choses de la bonne façon. Un des problèmes majeurs dans la façon dont on travaille aujourd'hui c'est un problème de surcharge cognitive. On est tellement d'informations à gérer qu'on finit pas faire des erreurs.».

2. Catégorie : capacité à atteindre le bien-être professionnel «Dans mon cas je serai clinicien chercheur. Je ne serai jamais plus que 50% de mon temps en clinique. La recherche ça me donne l'énergie la clinique ça m'ennuie. Il faut rechercher cette espèce d'équilibre. Ça dépend de comment on fonctionne aussi. De fois il faut voir les possibilités.».

3. Catégorie : capacité à se projeter dans l'avenir «Le suicide est une forme extrême de démission. Les gens qui se suicident-ils ne sont pas capables de projeter dans l'avenir. Tu n'es pas capable de te projeter à la fin. Bon en fait c'est un problème en soi. Il faut régler ça. Il faut bâtir un scénario. Il faut aider la personne à se voir à la fin à voir comment elle peut utiliser tout ce qu'elle a appris. Même si elle arrête son parcours en médecine, peu importe le chemin cela peut l'aider. J'ai des habiletés de communication même si je ne fais plus psychiatrie cela me sera très bénéfique. D'après cette capacité à se projeter à la fin c'est souvent important.»; «Cette capacité-là à se voir à la fin, à se voir plus loin je crois que ça va fonctionner. Peu importe la cause.».

4. Catégorie : quête de valorisation sociale par l'exercice de la médecine «La médecine c'est un long parcours là. Quand j'ai commencé en 2005 mon cours de médecine, au début c'était beaucoup plus l'intérêt pour apprendre, comprendre les choses, comment ça marche. C'était aussi pour avoir un rôle valoriser par la société. C'était cet intérêt-là.».

5. Catégorie : quête de respect fondée sur la mise en valeur des compétences «Ça dépend. La perception des autres c'est une caractéristique de la personnalité. C'est de savoir le superviseur comment il nous percevait c'est très variable d'une personne à l'autre. Il peut arriver qu'il nous perçoive positivement. Mais je n'ai pas besoin qu'il d'une perception amicale de fois le respect c'était ça que j'étais capable d'aller chercher ; à la fin. En démontrant les compétences, on peut aller chercher un respect.».

6. Catégorie : Quête de reconnaissance sociale justifiée par l'intérêt d'améliorer la qualité de la vie des populations «J'ai décidé quand même de retourner en médecine parce que la philosophie c'était mon autre intérêt. Puis dans le fond je suis revenu en médecine avec pour intérêt pour la santé publique. Pour pouvoir faire des choses qui ont le plus impact possible sur la santé des populations. Ça m'a fait une réflexion ou je suis rentré vraiment dans la partie clinique de mon parcours ayant cet intérêt d'améliorer la santé, la qualité de vie, la condition des gens.».

Facteurs de protection interactionnels

1. Catégorie : soutien de l'assistante infirmière chef «Mais dans cette situation-là, c'était à eux aussi de l'assistante infirmière chef quand je l'ai vu je lui ai parlé de ça dans quel état j'étais. Ce que j'ai su ce qu'elle a appelé celle justement qui m'avait fait ces commentaires-là, elle a dit

que c'était pas correct de me parler comme ça. Que tout le personnel m'appréciait sur l'étage. Et qu'elle aimait ça travaillé avec moi. Dans le fond, elle a vraiment pris ma défense,».

2. Catégorie : soutien de la superviseure dans le conflit du résident avec la superviseure remplaçante «J'ai essayé de les aidés encore plus qu'ils m'ont aidés. Puisque moi j'étais dans une situation qui était quand même favorable. Ce n'est pas elle qui m'évalué finalement. Après une semaine elle arrive avec cette affaire-là. J'en ai parlé à ma patronne quand elle est revenue. Elle a dit c'est moi qui t'évalue c'est pas elle. J'étais dans un épisode.».

3. Catégorie : Soutien du superviseur dans la réalisation de la psychothérapie d'un patient hospitalisé «Mon superviseur m'a aidé énormément en permettant de faire cela. Je n'ai pas trouvé une autre personne qui a fait cela. J'ai vraiment apporté une nouvelle affaire, j'ai apporté une psychothérapie avec un patient qui était hospitalisé. En général on ne fait pas ça. Il m'a permis de faire. Il m'a fait confiance. Il m'a écouté.».

Facteurs de protection environnementaux

1. Catégorie : maturité vocationnelle facilitée par le cours de philosophie «Je pense que cela m'a aidé parce que la question que j'avais c'était de savoir est-ce que je vais rester en médecine et pourquoi? Moi c'est pour cela que j'ai choisi la philo. Cela m'a donné une opportunité de réfléchir par rapport à ça. Il y a des choses qui m'a aidé là-dedans.».

FACTEURS DE NÉO-DÉVELOPPEMENT

Le point tournant

1. Catégorie : Découverte de l'intérêt d'améliorer la vie des gens au décours d'un passage en philosophie « À ce moment-là je m'imaginais pas vraiment dans le rôle avec les responsabilités au sein d'une équipe. Dans mon parcours en fait, les 2 premières années de médecine, ou c'était devenu beaucoup plus concret, avant de commencer les stages, j'ai pris une pause. J'ai fait une session en philosophie. Parce que justement le ça commençait à ressembler à un travail beaucoup plus technique, de répétition de vider toutes les cases, d'aller chercher toute l'information, c'est quelque chose que j'ai continué à vivre à la résidence. J'ai décidé quand même de retourner en médecine parce que la philosophie c'était mon autre intérêt. Puis dans le fond je suis revenu en médecine avec pour intérêt pour la santé publique. Pour pouvoir faire des choses qui ont le plus impact possible sur la santé des populations. Ça m'a fait une réflexion ou je suis rentré vraiment

dans la partie clinique de mon parcours ayant cet intérêt d'améliorer la santé, la qualité de vie, la condition des gens.».

Construction du sens

1. Catégorie : Capacité : capacité à se projeter dans l'avenir «Le suicide est une forme extrême de démission. Les gens qui se suicident-ils ne sont pas capables de projeter dans l'avenir. Tu n'es pas capable de te projeter à la fin. Bon en fait c'est un problème en soi. Il faut régler ça. Il faut bâtir un scénario. Il faut aider la personne à se voir à la fin à voir comment elle peut utiliser tout ce qu'elle a appris. Même si elle arrête son parcours en médecine, peu importe le chemin cela peut l'aider. J'ai des habiletés de communication même si je ne fais plus psychiatrie cela me sera très bénéfique. D'après cette capacité à se projeter à la fin c'est souvent important.»; «Cette capacité-là à se voir à la fin, à se voir plus loin je crois que ça va fonctionner. Peu importe la cause.».

2. Catégorie : intérêt épistémique lié à la médecine «La médecine c'est un long parcours là. Quand j'ai commencé en 2005 mon cours de médecine, au début c'était beaucoup plus l'intérêt pour apprendre, comprendre les choses, comment ça marche.».

3. Catégorie : maturité vocationnelle «J'ai aimé d'autres choses. J'ai aimé la chirurgie mais j'avais l'impression que si je faisais chirurgie je n'aurais pas l'impression de faire ce pourquoi j'étais resté en j'étais revenu en médecine ce pourquoi j'étais resté pour améliorer la qualité de vie des gens. C'est plus, j'ai une capacité de voir ça à long terme.».

Force motivationnelle

1. Catégorie : intérêt pour le travail clinique «J'ai fini par aller en psychiatrie. La santé publique ça m'intéressait. La biologie de base ça m'intéressait aussi mais entre les deux de vraiment. Le travail clinique au quotidien ça pris du temps avant que ça m'intéresse il a fallu que je développe des compétences avant d'être capable de m'intéresser. J'ai trouvé ça très pénible.».

2. Catégorie : Motivation pour la santé positive en psychiatrie «C'est le en fait ma motivation profonde par rapport au patient c'est que en psychiatrie on part toujours d'un problème qui du patient qui car même une situation problématique et puis je n'avais pas le goût d'expliquer les choses au patient qui ne l'intéresse pas qui n'affecte pas sa vie. En psychiatrie on a en fait ce en tout cas il y a aussi d'autres façons de faire la psychiatrie. Mais ma perspective de ça c'est que

on règle les problèmes qui affectent la vie du patient. C'est d'améliorer la trajectoire pour avoir une meilleure évolution possible par rapport à ce qui est important pour lui, dans le fond c'est beaucoup plus facile d'avoir une pratique qui est orientée vers la santé positive en psychiatrie alors dans d'autres spécialités c'est beaucoup plus les techniques.».

3. Catégorie : Préférence de la psychiatrie par rapport à la chirurgie «J'ai aimé d'autres choses. J'ai aimé la chirurgie mais j'avais l'impression que si je faisais chirurgie je n'aurais pas l'impression de faire ce pourquoi j'étais resté en j'étais revenu en médecine ce pourquoi j'étais resté pour améliorer la qualité de vie des gens. C'est plus, j'ai une capacité de voir ça à long terme.».

Tutorat de résilience

1. Catégorie : Innovation créatrice facilitée par le superviseur «Mon superviseur m'a aidé énormément en permettant de faire cela. Je n'ai pas trouvé une autre personne qui a fait cela. J'ai vraiment apporté une nouvelle affaire, j'ai apporté une psychothérapie avec un patient qui était hospitalisé. En général on ne fait pas ça. Il m'a permis de faire. Il m'a fait confiance. Il m'a écouté.».

POUVOIR D'AGIR DU RÉSIDENT

Gestion du sentiment d'impuissance

1. Catégorie : capacité à prescrire à la fin de l'externat «Mais je dirais qu'à la fin de l'externat je me sentais capable de faire des prescriptions parce que de toute façon on a pas à commencer puis à être capable de le faire la prescription verbalement. C'est progressivement on peut vérifier c'est quoi il faut prescrire. Je me sentais à l'aise avec les outils que j'avais pour prescrire.».

2. Catégorie : reconnaissance de sa responsabilité dans l'acte de prescrire «C'est pas comme ça que cela s'est passé. C'est je le savais que j'étais résident. Je commençais un nouveau stage comme résident. Je n'étais pas dans le même milieu quand j'avais un autre rôle. J'arrive dans un nouveau milieu mais c'est mon rôle d'être capable de prescrire.».

3. Catégorie : habileté à travailler en équipe «Comme je disais tantôt comme pour la prescription pour moi c'est un rôle symbolique de prescrire, j'essaye de le rendre ça le plus facile possible. Si ils ont besoin que je fasse une prescription c'est à cause de comment mon rôle fonctionne, donc je veux rendre ça le plus simple possible, je suis capable de prendre les meilleures décisions

possibles pour le patient. Je pense que j'ai une approche qui faisait que c'était assez smooth de travailler en équipe. Je ne développais pas vraiment des amitiés avec les collègues avec qui je travaillais à l'étage. Mais dans les situations comme cela je pense que ça marchait bien avec l'équipe. Je pense que oui ça m'a vraiment aidé.».

4. Catégorie : capacité de leadership «Ouais c'est un peu par défaut c'est ça. J'ai eu beaucoup l'occasion de réfléchir au fonctionnement des équipes interdisciplinaires pendant ma formation pis dans le fond il y a des rôles comment ça avoir un leadership c'était un peu transdisciplinaire ça dépend il y a des personnes qui peuvent l'avoir au pas quand on s'attend à ce que la coordination dans les soins que le médecin supervise ça fait que j'avais ce rôle-là, en fait j'avais le rôle en fait de valider avec les infirmières ce qu'il y avait comme plaintes puis de les expliquer les décisions et puis après ça qu'ils puissent les prendre pour que dans le fond ça soit le plus simple possible puis les aider aussi à apprendre, à s'améliorer, à mieux connaître les patients aussi que je voyais. Parce qu'on passe beaucoup de temps avec les patients, surtout en psychiatrie on passe beaucoup de temps. On les connaît bien. Les choses comme la façon de les approcher cela peut aussi aider les infirmières.».

Gestion des affects

1. Catégorie : Capacité à surmonter la surcharge cognitive «Je n'avais pas l'objectif de me faire vraiment aimé. J'avais l'objectif de pas trop souffrir parce qu'il y avait des fois qu'il y a des gens avec qui on ne s'entend pas. Dans le fond c'est d'être plus clair possible. Moi je hais ça quand on a pas des attentes pas claires avec moi. Pis je ne pense pas que les autres sont capables de savoir qu'est-ce qu'on s'attend. Je suis le plus clair possible dans ma façon de fonctionner que dans ma façon de communiquer, c'est comme cela que j'aime travailler. Hein c'est relié avecj'ai ce malaise-là, je trouve cela ne sert à rien. Ça met un obstacle à ce qu'on fasse les choses de la bonne façon. Un des problèmes majeurs dans la façon dont on travaille aujourd'hui c'est un problème de surcharge cognitive. On est tellement d'informations à gérer qu'on finit pas faire des erreurs.».

2. Catégorie : Capacité à atteindre l'équilibre professionnel «Dans mon cas je serai clinicien chercheur. Je ne serai jamais plus que 50% de mon temps en clinique. La recherche ça me donne

l'énergie la clinique ça m'ennuie. Il faut rechercher cette espèce d'équilibre. Ça dépend de comment on fonctionne aussi. De fois il faut voir les possibilités.».

Puissance d'agir

1. Catégorie : recherche de l'honnêteté professionnelle «Ben c'est sûr que j'ai mon style de leadership est plutôt basé sur la compétence, je pense que c'est la personne la plus compétente dans les choses qui devait les faire. De fois ce n'était pas habituellement pas moi-même si c'est le médecin qui devait faire. Ça ne me dérange pas du tout. Il faudrait que la meilleure personne pour faire quelque chose le fasse. C'est pas si compliqué que ça. Hein pis je me fis plus à regarder à voir si on voit dans la même direction si on a les mêmes objectifs avec les patients, dès que quelqu'un rentre à l'hôpital l'objectif est qu'il ait son congé. C'est comme ça, on est pas capable d'anticiper ça on devient une sorte de....ces objectifs-là par rapport au congé c'est de communiquer clairement c'est... qu'entend sur un objectif.».

2. Catégorie : capacité à gérer ses choix «je pense qu'il y en a qui apporte des cadeaux à la fin des stages, des choses à manger, des affaires comme cela. C'est ben le fun. C'est pas mon style. Pour moi je ne suis pas relié directement avec ce... peut-être cela pourrait être une stratégie dans certaines situations mais. Admettons je dirais qu'il y a une personne que je dirais elle a besoin qu'elle soit flattée dans le sens du poil mais que je sois en train de faire des joke être gentil avec une personne, mais si non je ne m'en rends pas compte. Oui Okay je ne pense pas que c'est ça la différence, c'est vraiment les laisser travailler.».

3. Catégorie : capacité du sujet à changer de programme « il y a aussi la possibilité de changer de programmes aussi. Est-ce cela peut être la cause. Je pense que le match entre un résident et un programme je pense que cela peut créer beaucoup de situations problématiques, ça peut créer, mais il existe aussi des mécanismes pour changer de programmes.».

ANNEXE O
INTÉGRATION DES CATÉGORIES FAISANT PARTIE DE LA MODÉLISATION DU
PROCESSUS D'AUTOFORMATION D'ÉLVINE

Tableau 16

LÉVIERS AUTOFORMATEURS
FACTEURS DE PROTECTION
Facteurs de protection individuels
<p>1. Catégorie : estime de soi renforcé par l'inscription en médecine «Je savais c'était important d'être valorisé dans qu'est-ce que je faisais. La médecine semblait correspondre à ses aspirations là. Mais c'était sans savoir ce qu'est vraiment mais c'est un peu cette idée que j'avais que j'ai décidé de m'inscrire.».</p> <p>2. Catégorie : décision de rester liée à la volonté de réussir «Et puis j'ai finalement décidé de me relancer. Justement parce que je ne voulais pas garder la notion d'échec que je n'étais pas capable. Je voulais réussir et après ça décider si c'était pour moi ou pas.»; J'ai pris des arrêts de maladie pis j'ai réfléchi tout le temps j'ai réfléchi que je vais rester encore un petit peu je vais rester encore un petit peu je vais essayer encore un petit peu et bon voilà.».</p> <p>3. Catégorie : refus de vivre l'échec toute la vie «C'est plus moi qui me suis mis à réfléchir et puis je me suis dit je n'ai pas envie de vivre avec cet échec là toute ma vie. Je veux réessayer.».</p> <p>4. Catégorie : quitter la médecine vécu comme un échec «Très fréquemment je me suis posé la question si c'était si ça valait la peine de continuer parce que j'ai une personnalité qui a de la difficulté à accepter l'échec. Hein penser quitter la médecine ça aurait été vécu comme un échec de mon côté surtout que».</p>
Facteurs de protection interactionnels
<p>1. Catégorie : résilience renforcée par l'expérience émotionnelle partagée «Pour moi ça été un gros facteur de résilience de me rendre compte j'étais non seulement loin d'être la seule mais que mon expérience était extrêmement courante. Tous les résidents ont dû vivre un cheminement émotionnel semblable à un point de leur formation.».</p> <p>2. Catégorie : aide reçue du réseau de soutien «est-ce que je considère que j'ai réussi je ne sais pas encore de quels moyens j'ai essayé d'utiliser les médicaments m'ont beaucoup aidés, mon</p>

réseau de soutien m'a beaucoup aidé le fait de pouvoir parler à des gens le fait de pouvoir voir les gens le fait de parler de mon vécu avec d'autres personnes qui vivaient la même chose que moi ça m'a beaucoup aidé de me senti validé».

3. Catégorie : conseils reçus des pairs «Quand même. Ça arrive quand même qu'on travaille avec d'autres résidents. On se pose les questions entre nous on se donne les conseils en fait oui indirectement j'ai appris d'eux si je peux dire si tu as cette situation-là qu'est-ce que tu ferais dans ce contexte-là. Oui j'apprends d'eux. Souvent les collègues ça permet de poser les questions honnêtement.».

4. Catégorie : soutien du conjoint «Il m'a aidé surtout au niveau du soutien moral. Lui aussi est en médecine lui aussi ne prend pas 3 repas par jour, il ne dort pas. Il est dans un stress considérable. De fois c'est un peu plus conflictuel parce que tu es tout le temps stressé. On essaie quand même de se soutenir à travers ça pis. C'est bien d'avoir quelqu'un qui nous écoute mais c'est difficile de se faire des reproches. La reproche de ne pas assez s'occuper de nous. Moi je dis je ne mange pas 3 fois par jour lui il me dit je ne mange pas 3 fois par jour».

Facteurs de protection environnementaux

1. Catégorie : consultation d'un médecin «Pis j'en ai parlé à mon médecin j'ai fait une évaluation pour voir si j'avais le TDA la conclusion c'est que j'ai des symptômes de TDA légers là. C'est un diagnostic qui est un peu arbitraire qu'on ne comprend pas bien. Je pense que le neuropsychologue a dit ça parce qu'il me trouvait sympathique ça lui faisait un peu pitié mais mon médecin m'a prescrit des médicaments après ça.».

2. Catégorie : regain d'énergie liée à la prise de psychostimulants «Pis l'examen final de médecine on a un mois pour se préparer pis j'en ai parlé pis tu dois réviser tout ce que tu as vu en 4 ans j'avais l'impression de ne pas bien appris. J'en ai parlé à ma mère pis elle m'a proposé les médicaments de mon frère et pis je les ai pris c'était des psychostimulant et pis ça m'a permis d'étudier, j'avais un plaisir j'ai même redécouvert un plaisir que j'avais à apprendre. J'avais envie de lire pis ça me permettait de lire 10 heures sans discontinue. Pis de dormir me réveiller le matin pis de lire 10 heures sans discontinu 6 jours sur 7 pdt un mois».

FACTEURS DE NÉO-DÉVELOPPEMENT

Point tournant

1. Catégorie : résilience renforcée par l'expérience émotionnelle partagée «Pour moi ça été un gros facteur de résilience de me rendre compte j'étais non seulement loin d'être la seule mais que mon expérience était extrêmement courante. Tous les résidents ont dû vivre un cheminement émotionnel semblable à un point de leur formation.».

2. Catégorie : regain d'énergie retrouvé avec l'arrêt maladie «Cela a été un cheminement plus personnel ils m'ont conseillé des choses mais juste de tout arrêter et puis de me reposer je pense que c'est ce qui m'a fait le plus de bien là être capable d'avoir un sommeil régulier, de manger trois fois par jour. J'ai vu un psychologue quelques rencontres mais cela n'a pas été vraiment fructueux. Je n'ai pas senti de lien thérapeutique avec ce monsieur. Je ne pense pas que cela m'ai aidé. C'est plus moi qui me suis mis à réfléchir et puis je me suis dit je n'ai pas envie de vivre avec cet échec là toute ma vie. Je veux réessayer.».

Construction du sens

1. Catégorie : difficulté à abandonner la médecine «le système est fait si on quitte c'est le non retour parce que une fois qu'on a été accepté dans une faculté de médecine au Canada, on ne peut être réaccepté dans une autre faculté de médecine. C'est sur que cela a pesé lourd sur la balance pour être ambivalent. Pour avoir y penser beaucoup je n'ai jamais eu de cran ou assez d'impulsivité ou de cheminement de pensée pour prendre une décision finale et puis décider de quitter.».

2. Catégorie : décision de rester dans le programme de médecine «J'ai pris des arrêts de maladie puis j'ai réfléchi tout le temps j'ai réfléchi que je vais rester encore un petit peu je vais rester encore un petit peu je vais essayer encore un petit peu et bon voilà.».

3. Catégorie : estime de soi renforcé par l'inscription en médecine «Je savais c'était important d'être valorisé dans qu'est-ce que je faisais. La médecine semblait correspondre à ses aspirations là. Mais c'était sans savoir ce qu'est vraiment mais c'est un peu cette idée que j'avais que j'ai décidé de m'inscrire.».

4. Catégorie : inscription en médecine objectivée par la motivation socio-affective «C'est important pour moi de travailler avec les gens et de partager les expériences, d'avoir un contact plus léger avec eux par une relation d'aide.».

Force motivationnelle

1. Catégorie : résistance à abandonner la médecine «Ça veut dire qu'à un certain point je n'étais vraiment pas bien cela interférait avec ma performance pis cela ne faisait que contribuer au fait que je me sentais mal pis on résiste le fait de vouloir arrêter pis on a l'impression que cela va passer mais je suis arrivé à un point que cela n'était plus possible de continuer. Bon j'ai pensé à arrêter. Mais il faut prendre le temps de réfléchir. Tu commences par un arrêt maladie, tu verras bon j'ai vu un médecin de famille qui m'a prescrit un arrêt maladie. J'ai fait un cheminement par rapport à ça. Et puis j'ai finalement décidé de me relancer. Justement parce que je ne voulais pas garder la notion d'échec que je n'étais pas capable. Je voulais réussir et après ça décider si c'était pour moi ou pas.».

Tutorat de résilience

1. Catégorie : partage d'expérience dans la collaboration entre résidents «Rendu à la résidence je pense que j'ai été assez chanceuse, je suis tombé sur une équipe de résidents avec laquelle il y a eu une ambiance agréable qui s'est créée dès le début ou tout le monde communiquait avec tout le monde. Tout le monde était très honnête dans les relations interpersonnelles pis ça m'a permis de créer de liens puis d'avoir des gens avec qui partager mon expérience puis à briser un peu plus cet isolement qui était un peu plus présent à l'externat là.».

LE POUVOIR D'AGIR

Gestion du sentiment d'impuissance

1. Catégorie : capacité à prendre des décisions à l'absence du superviseur «Les seules fois où j'étais plus autonome c'était dans les gardes de nuit où le patron n'est pas sur place. Là il y a certaines décisions qu'on doit prendre seul. Je trouve que ça a aidé à développer mon autonomie mais c'est quelques journées dans la résidence.».

Gestion des affects

1. Catégorie : capacité à se relever après un épuisement professionnel «Cela a été un cheminement plus personnel ils m'ont conseillé des choses mais juste de tout arrêter et puis de me reposer je pense que c'est ce qui m'a fait le plus de bien là être capable d'avoir un sommeil régulier, de manger trois fois par jour. J'ai vu un psychologue quelques rencontres mais cela n'a pas été vraiment fructueux. Je n'ai pas senti de lien thérapeutique avec ce monsieur. Je ne pense

pas que cela m'ai aidé. C'est plus moi qui me suis mis à réfléchir et puis je me suis dit je n'ai pas envie de vivre avec cet échec là toute ma vie. Je veux réessayer.».
Puissance d'agir
1. Catégorie : refus de vivre l'échec en médecine toute la vie «C'est plus moi qui me suis mis à réfléchir et puis je me suis dit je n'ai pas envie de vivre avec cet échec là toute ma vie. Je veux réessayer.».
2. Catégorie :
LES FACILITATEURS À L'APPRENTISSAGE
Le rôle des émotions dans le développement de l'action : l'engagement et la motivation sont canalisés par l'émotion
1. Catégorie : émulation ressentie de la rencontre avec le patient «Mais je dirais indirectement parce que c'est bien beau apprendre dans les livres mais ce qui nous motive à aller plus loin c'est les problèmes que les patients nous apportent là autant au niveau de la communication, au niveau des problèmes médicaux que dans leur recherche de traitement. Je trouve que c'est particulièrement stimulant la rencontre avec les patients. Ce qui nous motive à pousser plus loin.».
2. Catégorie : brisement de l'isolement relatif à la rencontre avec d'autres résidents-es «Rendu à la résidence je pense que j'ai été assez chanceuse, je suis tombé sur une équipe de résidents avec laquelle il y a eu une ambiance agréable qui s'est créée dès le début ou tout le monde communiquait avec tout le monde. Tout le monde était très honnête dans les relations interpersonnelles pis ça m'a permis de créer de liens puis d'avoir des gens avec qui partager mon expérience puis à briser un peu plus cet isolement qui était un peu plus présent à l'externat là.».
3. Catégorie : Résilience renforcée par l'expérience émotionnelle partagée «Pour moi ça été un gros facteur de résilience de me rendre compte j'étais non seulement loin d'être la seule mais que mon expérience était extrêmement courante. Tous les résidents ont dû vivre un cheminement émotionnel semblable à un point de leur formation. ».
4.2. : préparation du-de la résident-e à la transition externat-résidence

1. Catégorie : Progressivité dans l'apprentissage de l'acte de prescrire «Je pense on prescrivait je pense que c'est une grande différence avec la France là ils nous enseignaient à faire beaucoup de choses-là comme externes. On a besoin d'être contresigné. Mais on part voir le patient, on fait l'examen physique, on on fait un essai de nos idées diagnostiques on fait un essai d'écrire un plan de traitement puis après ça c'est vérifié par le résident ou par le superviseur qui va contresigner mais on essaie le plus possible d'entraîner les externes à oser essayer de prescrire.».
2. Catégorie : apprentissage de l'interrogatoire du patient assisté par la stimulation «Beh en fait c'est relativement nouveau il y a eu une certaine forme de ça à l'externat parce qu'on fait les pratiques mettons c'est un autre collègue qui a des scénarios il est un patient pis il a des symptômes pis moi je me pratique à l'interroger. C'est au niveau basique qu'on faisait beaucoup avant».

4.3. l'apprenant-e est acteur/actrice de ses apprentissages : l'apprenant-e s'engage dans son propre apprentissage pour créer du sens à son action (Dewey, 1897).

1. Catégorie : amélioration des compétences par la stimulation «C'est la grande industrie de la simulation des problèmes médicaux donc des par exemple un mannequin qui va jouer un patient animé puis il y a une équipe qui va créer un scénario à laquelle on va interagir, ils imitent une salle d'urgence par exemple pis là on rentre on distribue les rôles à chacun toi tu vas être inhalothérapeutes toi tu vas être infirmière pis après ça ils nous donnent une situation clinique puis là on doit interagir avec cette situation clinique. On pose des questions il y a des réponses il y a d'autres choses qui se passent. Pis il faut qu'on explicite notre comportement notre système de pensée pis ceux qui écrivent le scénario ont aussi une liste d'objectifs si ça peut être autant au point de vue médical que la communication avec les autres professionnels ça peut être au niveau de la prise en charge au niveau du diagnostic au niveau du des techniques intuber tout ça je trouve ça vraiment pertinent et intéressant».
2. Catégorie : réflexion dans le feu de l'action «Je ne sais pas si je peux donner un exemple particulier mais mettons j'ai une rencontre avec un patient je trouve que ça s'est mal passé ou il ne fait pas ce que je lui dis ou j'ai de la misère à lui poser de questions ou j'ai de la misère à assister à son entrevue ou il y a un problème médical je n'ai aucune idée c'est quoi ben je ne vais pas faire comme ben tant pis mais je vais essayer de voir comment faire pour améliorer ça

c'est quoi le problème dans cette rencontre-là c'est quoi les stratégies que je peux faire j'essaie de revoir j'essaie d'appliquer des stratégies différentes. Je trouve que c'est beaucoup plus de cette façon je trouve que c'est une stimulation à aller chercher plus loin eh».

3. Catégorie : autorégulation rétroactive «pis on teste ha j'ai essayé et pis là ça bien marché je vais essayer avec d'autres patients et puis là ça marche moins bien qu'est-ce que je peux faire de différent par exemple encourager quelqu'un à retourner au travail quelqu'un qui est en arrêt de travail ça peut être difficile parce qu'il y a une inertie qui se crée les gens développent l'anxiété à y retourner et de fait ils sont très résistants. Le coaching pour essayer de les retourner c'est ça en essayant avec les patients différentes choses qu'on peut développer une technique qui fonctionne mieux même chose les cas de douleurs chroniques les troubles de personnalité, je dirais que c'est surtout comme ça qu'ils nous aident à nous développer.».

4.4. l'enseignant facilitateur : l'enseignement est recentré sur l'apprenant

1. Catégorie : déconstruction du mode de pensée du-de la résident-e via la régulation interactive «Le but de la supervision est qu'il faut que je raconte le superviseur me dit est-ce que tu as pensé à telle chose est-ce que tu as questionné telle chose. Est-ce que tu es sûr que ce n'est pas autre chose. C'est quoi les examens que tu ferais et pis pour quoi. Tu veux faire une radiographie de l'abdomen pourquoi qu'est-ce que tu cherches pourquoi tu ne proposes pas plutôt ce traitement là et puis on essaie de justifier pourquoi on ferait ça en premier lieu parce qu'on ne pense pas vraiment pas que c'est une thrombophlébite je pense à autre chose. Tel traitement peut être dangereux pour lui. On commence par quelque chose de prudent je pense que c'est surtout comme ça que l'apprentissage est construit. Ils essaient de déconstruire notre mode de pensée par rapport aux problèmes par rapport au traitement.».

4.5. Respect des consignes et gestion/prévision des contingences : le conditionnement instrumental

1. Catégorie : répartition du travail calculée à l'heure près «Cela veut dire que la charge de travail est très importante. Puis elle est cadrée dans un calendrier qui est calculé à la minute près en fait dans tout le programme ou à l'externat c'est impossible de prendre une journée de congé c'est impossible de prendre une fin de semaine. Tout doit être calculé à l'heure près.».

2. Catégorie : C'est au prédoctorat mon arrêt maladie je l'ai fait. En résidence, ça dépend de la résidence, moi on a plusieurs activités il y a des blocs de stages d'un mois et après ça il y a des activités longitudinales qui appellent. Le tout c'est d'arrimer tout ça. Une journée type tant à la clinique il faut que je range l'horaire d'activité soit que je voie les patients, il faut que je suive les laboratoires des patients il faut que je fasse mes notes, de fois j'ai des activités supplémentaires, des rencontres avec les tuteurs. On des travaux à remettre parfois on a des travaux académiques à préparer d'avance, il y a des choses à étudier. On nous donne des lectures à faire.».

4.6. Apprentissage par l'expérience

1. Catégorie : réflexion dans le feu de l'action «Je ne sais pas si je peux donner un exemple particulier mais mettons j'ai une rencontre avec un patient je trouve que ça s'est mal passé ou il ne fait pas ce que je lui dis ou j'ai de la misère à lui poser de questions ou j'ai de la misère à assister à son entrevue ou il y a un problème médical je n'ai aucune idée c'est quoi ben je ne vais pas faire comme ben tant pis mais je vais essayer de voir comment faire pour améliorer ça c'est quoi le problème dans cette rencontre-là c'est quoi les stratégies que je peux faire j'essaie de revoir j'essaie d'appliquer des stratégies différentes. Je trouve que c'est beaucoup plus de cette façon je trouve que c'est une stimulation à aller chercher plus loin eh».

2. Catégorie : autorégulation rétroactive «pis on teste ha j'ai essayé et pis là ça bien marché je vais essayer avec d'autres patients et puis là ça marche moins bien qu'est-ce que je peux faire de différent par exemple encourager quelqu'un à retourner au travail quelqu'un qui est en arrêt de travail ça peut être difficile parce qu'il y a une inertie qui se crée les gens développent l'anxiété à y retourner et de fait ils sont très résistants. Le coaching pour essayer de les retourner c'est ça en essayant avec les patients différentes choses qu'on peut développer une technique qui fonctionne mieux même chose les cas de douleurs chroniques les troubles de personnalité, je dirais que c'est surtout comme ça qu'ils nous aident à nous développer.».

3. Catégorie : régulation interactive «Le but de la supervision est qu'il faut que je raconte le superviseur me dit est-ce que tu as pensé à telle chose est-ce que tu as questionné telle chose. Est-ce que tu es sur que ce n'est pas autre chose. C'est quoi les examens que tu ferais et pis pour quoi. Tu veux faire une radiographie de l'abdomen pourquoi qu'est-ce que tu cherches pourquoi

tu ne proposes pas plutôt ce traitement là et puis on essaie de justifier pourquoi on ferait ça en premier lieu parce qu'on ne pense pas vraiment pas que c'est une thrombophlébite je pense à autre chose. Tel traitement peut être dangereux pour lui. On commence par quelque chose de prudent je pense que c'est surtout comme ça que l'apprentissage est construit. Ils essaient de déconstruire notre mode de pensée par rapport aux problèmes par rapport au traitement.».

4.7. l'erreur et l'optimalisation des nouvelles acquisitions dans le processus d'évaluation formative

1. Catégorie : correction des erreurs assistée par la supervision par caméra «Mais je fais des choses seul mais sur la supervision disons à l'umf je vais voir mes patients seuls mais après des caméras il y a tout le temps la possibilité qu'ils sont en train de nous regarder et puis de nous écouter. De fois on a faire à un superviseur qui ne fait que nous écouter et nous regarder. Et pis quand je reviens je vais lui présenter mon cas mon impression et pis qu'est-ce que je ferais pis comme je disais tantôt s'il n'est pas d'accord avec ce que je ferai il me dit ce qu'il ferait et pis je dois faire ce qu'il me dit là. C'est très très rare les fois où ils m'ont dit là moi je ferai plus ça mais vas-y à ta façon. Leur vision nous est imposée de part le fait qu'ils ont la responsabilité. Je trouve que ça nuit au développement de l'autonomie.».

4.8. le rôle constructif des interactions : travail collaboratif, travail coopératif

1. Catégorie : références aux sources informationnelles infirmières pour comprendre le fonctionnement du milieu de stage « Clairement tout au long de la formation là et particulièrement à l'externat on arrive à l'hôpital on a aucune idée de comment tout fonctionne. On arrive on nous dit hé way il y a des étudiants on ne savait pas docteur il y a des étudiants. Puis là on te dit va faire ça. Tu n'a aucune idée de quoi ou comment. Tu cherches une infirmière hello est-ce que tu peux me dire comment faire ça. De fois elles sont occupées mais en général elles t'expliquent c'est tout le temps eux qui sont là pour répondre à tes questions soit sur le fonctionnement. Au début quand on connaît moins le traitement ça vaut vraiment la peine de leur dire tu en as vu d'autres qu'est-ce que les autres docteurs faisaient d'habitude. Toi est-ce que tu as des suggestions ce n'est pas juste au niveau organisationnel que j'ai appris c'est aussi du traitement au niveau de tout ce qui est plaies ils en connaissent un peu plus que nous là.».

2. Catégorie : apprentissages acquis au décours de l'interaction avec le superviseur «Oui j'ai quand même beaucoup appris des choses d'eux et chaque relation n'a pas toujours été négative j'ai eu des superviseurs que j'ai apprécié. Une fois que j'ai eu une bonne évaluation avec un superviseur je lui ai dit j'espère que je ne te reverrai jamais pour qu'il puisse garder cette bonne impression là de moi. C'est le réflexe que j'ai.».

3. Catégorie : apprentissages acquis au décours de l'interaction avec les pairs «Quand même. Ça arrive quand même qu'on travaille avec d'autres résidents. On se pose les questions entre nous on se donne les conseils en fait oui indirectement j'ai appris d'eux si je peux dire si tu as cette situation-là qu'est-ce que tu ferais dans ce contexte-là. Oui j'apprends d'eux. Souvent les collègues ça permet de poser les questions honnêtement.».

4. Catégorie : communication infirmière-résident «Ça dépend dans quel contexte. Il y a des contextes beaucoup plus pertinents que d'autres. Mais souvent c'est long et ardu leurs rapports. L'idéal c'est d'aller directement voir l'infirmière et lui demander qu'est-ce que tu penses de ce patient là . d'avoir plus une communication verbale plus rapide et efficiente de nos points de vue je pense aussi que pour l'infirmière il y a certaines informations justement qu'on va voir dans les notes infirmières si c'est les patients il faut que je surveille comment ils mangent. Le poids est-ce qu'ils vont à la selle c'est quoi leurs activités c'est quoi leurs états de conscience. Tout ça ce sont des soins infirmiers. Pas systématiquement quand c'est pertinent et qu'ils ne sont pas là et j'en ai besoin c'est très désagréable.».

5. Catégorie : collaboration entre résidents-es «L'avantage est qu'il y avait d'autres résidents la nuit et que dès le début de la nuit j'essaie d'encourager l'autre qu'on s'entraide je suis tout le temps tomber sur des gens qui étaient très c'était un travail d'équipe j'avais tout le temps quelqu'un à qui poser la question. Il y a des fois je me suis senti seul parce que les autres résidents étaient occupés pis j'allais voir un patient parce qu'ils m'ont appelé parce qu'il suait beaucoup quelque chose comme ça. J'ai dit je vais aller voir ça me paraît pas grave. Quand je suis arrivé il y a des choses qui clochaient avec le patient pis j'étais au début je ne savais pas ce quoi mais ça ne marchait pas pis l'infirmière était nouvelle pis elle ne comprenait pas trop ce qui se passait pis là j'étais comme ça ne va pas je ne savais pas quoi faire pis là je tâtonnait un peu pis j'ai essayé d'appeler la résidente et pis elle a dit non non ne t'inquiète pas fais y tel

affaire pis là je fais mais ça ne vas pas vraiment bien pis là elle dit non non c'est correct puis là finalement je fais un gaz artériel et pis dans les résultats ça n'avait l'air de vraiment bien aller l'autre résidente était comme ouais vraiment je vais appeler les soins intensifs et pis là les soins intensifs tu dies à mon niveau je ne savais pas quoi faire pis finalement ils sont arrivés et ils se sont occupés du patient. le plus souvent à la résidence je me suis senti souvent pris et puis encerclé à l'externat je me suis senti très seul.».

4.9. Maîtrise des leviers institutionnels

1. Catégorie : soumission librement consentie utilisée comme stratégie pour réussir «Puis ils m'ont proposé de prendre un arrêt c'est la seule chose qu'ils proposent soit voir un psychologue. Hé pis mon cheminement ça été de me dire ces personnes ont l'autorité hé il y a une hiérarchie qui est importante ils ne tolèrent pas très bien d'être contredit. Si je veux soulager cette frustration que j'avais à tous les jours de ne pas être capable d'agir comme je voulais agir mais ça a été de laisser faire. D'être complètement soumise et passive à la supervision on était dans la contre réflexion quand je vois un patient il y a une partie de moi qui réfléchis qu'est-ce que le patient a quel est le traitement que je trouve le plus pertinent pour lui et qu'est-ce que le superviseur attend de moi dans cette situation-là. Je dois combiner ces deux pensées pour que quand je vais présenter au superviseur je dois lui dire qu'est-ce que je crois qu'il attend de moi pis cela a vraiment amélioré mes résultats. Ils ont essayé de voir on sent que tu es vraiment mur, que tu t'es vraiment amélioré on sent que tu es relax que tu es en contrôle de tes choses pis la seule revendication que j'avais faite c'est de ne plus le contredire. De remettre le masque que tout va bien que je ne vis aucune frustration pis».

4.10. Compétence informationnelle

1. Catégorie : apprentissage par problème «Je me suis dit ha ça me questionnait ha est-ce que c'est valide. J'allais relire là-dessus c'est peut-être arrivé que de fois que j'ai appris des choses surtout quand c'était avec les médecins spécialistes ha mon médecin m'a fait ça. Par exemple il y a une patiente elle avait comme dix diarrhées par jour depuis des années pis je trouvais ça bizarre je l'ai juste convaincu d'aller prendre une coloscopie et là quand elle a fait sa coloscopie le gastro qu'elle a vu lui a fait une biopsie et il lui a diagnostiqué une colique microscopique et

pis je n'avais aucune idée de ce que c'était je suis allé lire sur la colique microscopique. Oui j'ai appris par le fait que cette patiente-là a subi un examen pis qu'elle m'en a parlé».

4.11. Patient-e ressource comme collaborateur/collaboratrice dans le renouvellement des savoirs

1. Catégorie : motivation à aller plus loin déclenchée par le patient «Mais je dirais indirectement parce que c'est bien beau apprendre dans les livres mais ce qui nous motive à aller plus loin c'est les problèmes que les patients nous apportent là autant au niveau de la communication, au niveau des problèmes médicaux que dans leur recherche de traitement. Je trouve que c'est particulièrement stimulant la rencontre avec les patients. Ce qui nous motive à pousser plus loin.».

2. Catégorie : remise en question du résident provoquée par le patient «Cela arrive souvent qu'ils disent que mon autre médecin a fait ça mais la majorité de fois que je me souvenais c'est qu'il me disait ça parce que ça ne concordait pas avec ce que je leur disais. Peut-être qu'à départ à l'externat quand il y a moins de choses qu'on sait il y a des chances qu'ils nous apprennent quelque chose mais souvent il n'y a pas beaucoup de choses tous les médecins ils disent qu'il y a une chose absolu qu'il faut faire et ils ne sont pas capables de faire la vérité c'est que il y a une infinité de façons de faire et on est jamais vraiment et pis les recommandations changent. Je dirais que dans les dernières années c'est pas arrivé qu'ils disent mon médecin m'a fait ça pis je me suis ha c'est intéressant. Je me suis dit ha ça me questionnait ha est-ce que c'est valide. J'allais relire là-dessus c'est peut-être arrivé que de fois que j'ai appris des choses surtout quand c'était avec les médecins spécialistes ha mon médecin m'a fait ça. Par exemple il y a une patiente elle avait comme dix diarrhées par jour depuis des années pis je trouvais ça bizarre je l'ai juste convaincu d'aller prendre une coloscopie et là quand elle a fait sa coloscopie le gastro qu'elle a vu lui a fait une biopsie et il lui a diagnostiqué une colique microscopique et pis je n'avais aucune idée de ce que c'était je suis allé lire sur la colique microscopique. Oui j'ai appris par le fait que cette patiente-là a subi un examen pis qu'elle m'en a parlé».

4.12. Patient-e partenaire comme catalyseur-e de la progression des futurs-es médecins

1. Catégorie : patient-e utilisé-e comme terrain de pratique «Il y a des patients partenaires aussi qui sont là au préclinique puis à l'externat qui ont été formés pour que les étudiants puissent

pratiquer sur eux. On fait les commentaires sur comment ils se sont sentis. C'est clair que ces gens-là participent à notre apprentissage.».

4.13. Constitution des aides mémoires

1. Catégorie : Organisation des activités par liste d'objectifs «Je n'ai pas une liste d'objectifs par journée, j'ai une liste d'objectifs urgent moyen terme puis long terme. Pis je m'organise en faisant des listes puis je me dis qu'est-ce que je dois faire aujourd'hui puis j'essaie de classifier dans mon horaire.».

2. Catégorie : Hiérarchisation des activités provoquée par la non atteinte des objectifs fixés «La ça me dit je ne pas envie d'aller à la clinique je vais prendre en charge telle telle tâche que je vais reporter. Chaque jour est planifié comme cela. Ça arrive que je ne suis pas mes objectifs de la journée puis je dois décaler le reste.».

4.14. distinction entre activité réalisée et réel de l'activité

1. Catégorie : Autoconfrontation simple «Il y a des activités d'enregistrement. La complication c'est qu'on demande la permission au patient on en a pas vraiment le choix on enregistre pis après on réécoute avec un superviseur pour commenter sur ma performance. Évidement c'est valorisé dans les méthodes pédagogiques actuelles ils sont en train de plus en plus implantés ça. Ils sont vraiment à l'avant-garde.».

2. Catégorie : enregistrement des entrevues à visualiser avec le-la superviseur-e «On a des périodes où on est supposé enregistrer toutes nos entrevues de fois ça ne marche pas comme ça je suis en retard je n'ai pas le temps d'expliquer au patient c'est quoi le patient ne veut pas ou j'oubliais. Là on se construit une espèce de bandes d'entrevues enregistrées puis après ça on choisit parmi ceux qu'on a enregistré lesquelles on veut visualiser. Il y a une partie où on choisit mais de fois moi il m'est manqué de choix parce que je n'enregistrais pas assez.».

4.15. Acquisition optimale d'une nouvelle compétence par la simulation des problèmes médicaux

1. Catégorie : mannequin animé simulant les situations cliniques médicales «C'est la grande industrie de la simulation des problèmes médicaux donc des par exemple un mannequin qui va jouer un patient animé puis il y a une équipe qui va créer un scénario à laquelle on va interagir, ils imitent une salle d'urgence par exemple pis là on rentre on distribue les rôles à chacun toi tu

vas être inhalothérapeute toi tu vas être infirmière pis après ça ils nous donnent une situation clinique puis là on doit interagir avec cette situation clinique. On pose des questions il y a des réponses il y a d'autres choses qui se passent. Pis il faut qu'on explicite notre comportement notre système de pensée pis ceux qui écrivent le scénario ont aussi une liste d'objectifs si ça peut être autant au point de vue médical que la communication avec les autres professionnels ça peut être au niveau de la prise en charge au niveau du diagnostic au niveau du des techniques intuber tout ça je trouve ça vraiment pertinent et intéressant».

2. Catégorie : familiarisation du-de la résident-e à la simulation des situations cliniques médicales «la simulation plus complexe ou il y a d'autres intervenants ça vient plus tard dans la formation. Chance qu'ils essaient d'en ajouter de plus en plus mais c'est pas encore systématiser. À ste justine ils ont développé un centre il y a des choses moi je me suis inscrite aussi à des congrès à des choses qui m'ont fait pratiquer ça. Moi il n'y en a encore beaucoup qui sont implantées de façon obligatoire.».

OBSTACLES RENCONTRÉS PAR ÉLVINE DANS SON CHEMINEMENT ACADÉMIQUE

Typologie de besoins en situation d'autoformation

1.1. Dévalorisation des savoirs d'expérience malgré la présence des superviseurs-es = besoin de considération positive

1. Catégorie : perception négative de l'approche pédagogique des superviseurs-es «Ça veut dire que quand je communique avec une personne un apprenant je choisis la façon pour que cela soit positive pour cette personne-là que ça sert à son cheminement à son apprentissage. Je trouve que j'ai eu beaucoup de situations que j'ai eu avec mes superviseurs ou ce qui m'a été dit a nullement contribué à mon apprentissage cela a plutôt contribué à me sentir coupable à me sentir invalidé à me faire sentir que je n'étais pas assez bonne. Pis ça m'a pas motivé à travailler très fort au contraire ça m'a obligé à tout laisser tomber. Je travaille fort tous les jours et après ça me dire que c'était pas bon c'était pas idéal. Pis si je pense à une évaluation que j'ai eu qui m'a été dit et puis au début j'ai été réellement surprise tu as l'air assez bonne nana mais au cours du stage j'ai réalisé que j'étais une étudiante très moyenne. En gros son message c'était que j'étais conforme aux attentes mais qu'il s'attendait à plus. C'est pas quelque chose qui est positif pour

moi. C'est pas quelque chose qui m'encourage à travailler plus. Ce superviseur n'a pas dit ça pour mon bien il n'a pas dit ça pour mon apprentissage et pour moi ce n'est pas une approche pédagogique d'avoir dit ça, il a dit ce qui lui passait par la tête. Il a nommé son sentiment. Il a nommé son jugement sans l'égard que cela avait un impact sur moi.».

2. Catégorie : Supervision altérée par la surcharge de travail des superviseurs-es «Ils nous parlent de beaucoup de choses que ce soit les concepts théoriques que des façons de questionner les patients les façons de faire un examen. Je ne pense pas qu'ils sont là avec la volonté de nous nuire. Ils sont là avec l'idée qu'ils doivent transmettre les connaissances. Je pense qu'il y a un manque de sensibilité comment les transmettre. Ils sont aussi préoccupés par leur propre horaire, leurs propres objectifs personnels parfois pas toujours compatibles avec les objectifs d'encadrement.».

3. Catégorie : exigences constitutives du travail des superviseurs-es altérant la supervision «Je pense que un des problèmes c'est que ils ont un nombre de responsabilités comme médecin puis ils ont une responsabilité comme professeur. Puis ils ont une responsabilité comme évaluateur. Ils sont à la fois le médecin des patients le professeur et l'évaluateur et souvent il n'y a pas beaucoup de temps pour le professeur. Il y a du temps sur l'évaluation il y a du temps sur le fait qu'ils sont médecins il n'y a pas beaucoup de temps sur la pédagogie.».

4. Catégorie : Manque d'accompagnement ressenti par les résidents-es «C'est pas un système qui juge,. C'est pas un système qui accompagne. J'aurais voulu à st Justine dans leur centre une phrase que je trouvais vraiment adaptée on assume que toute personne qui vient ici est intelligente et motivée à apprendre. Pis j'aimerais ça qu'on assume ça de moi. Que de me dire pour une personne qui a des problèmes mets-toi en arrêt va voir un psychologue. Ou tu ne peux pas ralentir pis de me faire une mauvaise évaluation ensuite et après le reste être fréquemment jugé la dessus. Au lieu qu'on me dise voici ce que tu fais de positif voici des trucs pour t'améliorer. Au lieu que ça soit une relation que voici ce que fais mal que ce soit une relation de bravo pour ton travail voici des trucs pour continuer ton cheminement. Oui me sentir constamment rabaissé cela fait que je ne suis pas assez bonne. Que ça soit bravo pour ce que tu as parcouru jusqu'ici, voici la prochaine étape. C'est très rarement fait dans ce sens-là.».

5. Catégorie : Choix de vidéos non authentiques complexifiant la progressivité des apprentissages «Le problème c'est que comme il y a les résidents qui se sentent surveillés jugés beh ils ne choisissent pas de vidéo qui vont leur permettre de progresser ils choisissent des vidéos où ils ont l'air bons pour ne pas se faire reprocher les affaires. Moi j'ai essayé d'utiliser de façon pertinente. J'ai eu des mauvaises expériences avec mes superviseurs mais il y en a d'autres qui ont eu de pires expériences que moi. Elle a présenté une vidéo et après ça elle s'est fait reproché comme elle a agi et pis ça s'est retrouvé dans son évaluation. Et pis après ça elle ne faisait plus de vidéo ou elle n'était pas assez bonne parce que évidemment le but de l'activité c'est l'objectif formel c'est de présenter un cas qu'ils ont trouvé difficile on essaie de me donner les stratégies. Comment les gens l'utilisent on va s'en juger sur cette vidéo là en fait. Choisir une vidéo où j'ai été bonne pour qu'ils voient le bon côté de ce que je fais.»

6. Catégorie : choix de vidéos non authentiques lié au sentiment d'être jugé «Je trouve encore une fois que c'est dans la manière. Si c'était fait pour nous guider pour nous épauler, pour nous soutenir je pense que ça pourrait être positif. Les gens ne se sentent pas soutenus épaulés et jugés. Je ne pense pas que dans ce contexte-là c'est positif en tout cas les autres étudiants avec qui on en a parlé au moins 5 personnes avec qui j'ai parlé ils disent je choisis les entrevues où que ça va bien je n'ai rien à apprendre ou je trouve où j'ai été parfaite pis dans ce contexte on ne peut pas se dire qu'on a bien fait ça ou ça. C'est pas agréable là surtout que on a l'impression que tout ce qu'on fait va être retenu contre nous. Je ne pense pas que les gens arrivent là avec une attitude de qui va leur permettre d'apprendre. Moi j'ai un intérêt pour la communication donc que j'ai essayé parce que c'était avec une psychothérapeute et un médecin ça s'est mal passé. La psychothérapeute j'ai essayé de lui poser des questions pour profiter de ses connaissances. Moi j'ai essayé d'en faire quelque chose de positif je pouvais apprendre mais les premiers épisodes ça a été difficile et désagréable. La première que j'ai voulu montrer un patient difficile pis j'ai pleuré je pense que c'est là le superviseur m'a dit elle a décidé que j'étais une mauvaise résidente pis elle a été tout ça sur mon dos tout le temps en fait d'où l'importance de garder le masque que tout va bien.»

7. Catégorie : actualisation des connaissances des superviseurs-es complexifiée par le manque de temps «Le médecin a la responsabilité de se tenir à jour au niveau des connaissances. C'est

impossible d'être exactement dans toute l'infinité des connaissances particulièrement en médecine de famille, ils n'ont pas le temps aussi de se tenir au courant. Oui c'est arrivé plusieurs fois qu'ils ont fait des choses que je savais que c'était pertinemment faux mais je n'ai pas le droit de les questionner. Donc je ne peux que juste être d'accord et oublier ce qu'ils m'ont dit.».

Facilitation à l'adaptation du-de la résident-e à de nouvelles fonctions et à sa socialisation à la réalité quotidienne du milieu de travail = besoin de tutorat ou de préceptorat en médecine = tutorat ou préceptorat en médecine

1. Catégorie : sentiment de trahison par les superviseurs-es complexifiant l'émergence d'une relation de mentorat «J'ai pas eu la chance de rencontrer une personne comme ça. J'imagine que peut-être d'autre personne ont eu la chance de rencontrer je n'ai pas eu cette opportunité-là. Je me suis senti trahi par l'ensemble des superviseurs. Je ne les fais pas assez confiance pour m'ouvrir et être honnête avec eux. C'est impossible de développer une relation de mentorat dans ce contexte-là. Ça m'a permis de mieux survivre au jour le jour, d'avoir cette attitude-là. Ça m'a aussi coupé la possibilité d'avoir une relation honnête avec les superviseurs.».

2. Catégorie : désorientation spatiale du-de la résident-e «Parce que tu ne sais rien. Tu ne sais pas comment faire rien. Ils sont comme va faire ça et pis tu te retrouves sur l'étage perdu tu ne sais pas à qui poser la question tu ne sais pas le rôle de chacun. Pis c'est ça. Tu sais rien et tu es comme tu as moins confiance en tes décisions que tu prends tu ne sais pas à qui demander. C'est là vraiment que je me suis senti seul.».

3. Catégorie : manque de soutien dans la résidence «pis de savoir que de pouvoir parler de son vécu avec les gens ils essaient de nous parler et de nous dire vous êtes tous les gens qui ont des A+ mais dans le programme ce n'est pas tout le monde qui aura des A+. nous sommes en train de nous dire dans la tête ouais ouais pas moi. Moi je vais passer. C'est exactement ce qui ce passe dans notre tête. J'avais tout le temps la facilité à l'école on m'avait tout le temps dit que ça allait être difficile mais je n'ai jamais trouvé ça difficile. Quand on m'a dit que ça va être difficile en médecine j'ai dit pas pour moi et ça m'est rentré dedans. Tu ne peux pas il faut que tu l'expérimentes toi-même. Je pense que c'est surtout du soutien au courant de la formation».

4. Catégorie : difficulté à faire la transition entre la résidence et le patronat «à la fin je pense que c'est plus difficile de faire une transition entre la fin de la résidence puis le patronat.».

Contrainte dans l'expression du-de la résident-e = besoin de considération positive (respect du-de la superviseur-e en l'endroit du-de la résident-e qui l'incite à développer son pouvoir d'agir soit ici la capacité à faire les choses par lui-même.).

1. Catégorie : incapacité à développer son autonomie liée au caractère autoritaire de la supervision «Je me sens seul beaucoup plus psychologique là parce qu'au contraire je ne me sens pas seul au niveau de façon générale j'ai trouvé plus que j'étais dans un carcan pas être seul mais ne pas être capable de développer mon autonomie d'être tout le temps redirigé d'être tout le temps surveillé d'être tout le temps pris dans le petit cadre qu'il faut que ça soit eh il y a des fois il y a eu des stages de nuit ou les gens ne sont pas sur place ou on est gêné à deux heures du matin on est pas sur si c'est grave ou pas et je me dis je dois appeler le patron ou pas de fois on s'est reproché d'avoir appelé trop vite parce que ce n'est pas absolument grave mais il ne faut aussi appeler trop tard. Je dirais qu'il y a des moments où j'aurais pu me sentir seul.».

2. Catégorie : sentiment d'être jugé dégradant la communication résidents-es superviseurs-es «Puis ne pas être dans cette relation de jugement avec les superviseurs parce qu'ils jugent sur tout ce qu'on fait. On pose trop de questions stupides. On pose une question qu'ils n'aiment pas ils vont le retenir ce sera retenu contre nous là. La résidence ça permet de poser une question on est égale à égale avec eux.».

3. Catégorie : Expression des résidents-es complexifiée par le leadership autocratique des superviseurs-es «Je ne pense pas des rivaux au sens où on va les remplacer dans le travail parce qu'il en manque. Le système est fait que ceux qui sont en place ne sont pas menacés par ceux qui arrivent. C'est pas comme une entreprise privée où il y a de la compétition pour monter les échelons. Mais ils peuvent ressentir des rivaux au niveau des connaissances parce que ils n'aiment pas ça se faire remettre en doute. Je pense qu'il y a une compétition là dessus il y a l'intention moi je pense que j'ai raison eux ils pensent qu'ils ont raison puis je viens questionner leur autorité en disant que je ne suis pas d'accord je trouve ça agressant mais je ne pense pas qu'ils nous voient comme des futurs compétiteurs. Je pense qu'ils n'aiment pas ça ils ont l'habitude nous on sait tout et on fait faire aux gens exactement ce que on veut faire. Et quand il y a un petit niveau qui me dit ce que je dois faire rentre chez toi je sais plus que toi et tu ne vas pas m'enseigner la médecine moi je fais ça depuis 30 ans. C'est plus ça.».

1.4. Évaluation par la négative = besoin d'écoute active

1. Catégorie : Assujettissement au point de vue du-de la superviseur-e «Et pis quand je reviens je vais lui présenter mon cas mon impression et pis qu'est-ce que je ferais pis comme je disais tantôt s'il n'est pas d'accord avec ce que je ferai il me dit ce qu'il ferait et pis je dois faire ce qu'il me dit là. C'est très très rare les fois ou ils m'ont dit là moi je ferai plus ça mais vas-y à ta façon. Leur vision nous est imposée de part le fait qu'ils ont la responsabilité. Je trouve que ça nuit au développement de l'autonomie. Les seules fois ou j'étais plus autonome c'était dans les gardes de nuit ou le patron n'est pas sur place. Là il y a certaines décisions qu'on doit prendre seul. Je trouve que ça a aidé à développer mon autonomie mais c'est quelques journées dans la résidence.».

2. Catégorie : évaluation des superviseurs-es perçue comme oblitérant le positif «C'est plus stressant dernièrement j'étais en frustration de ne pas être capable de faire ce que je voudrais faire au patient. Je trouve qu'on est trop surveillé. On est tout le temps évalué chaque seconde on est évalué on a passé un mois avec le superviseur il nous fait une évaluation surviens-tu tel jour à telle heure tu as dit telle affaire c'était pas bon je te fais un commentaire négatif sur ton évaluation. C'est vraiment une évaluation par la négative. Ils sont très sensibles à tout tout tout. Ils ont tendance à oblitérer le positif à moins que t'a été merveilleux et à mettre l'emphasis sur le négatif. Ça n'a pas été bien comme tu as fait ça ça ne marche pas comme ça . ça peut être une fois une chose ça va teinté une fois tout le reste.».

3. Catégorie : Évaluation des superviseurs-es perçue comme recherche du bobo «Ça dépend comment c'est fait. C'est à quel point c'est fréquent le problème c'est que ça vient avec cette culture-là de trouver le bobo. On trouve ce qui ne va pas bien. On se trouve surveillé mais pas observé. On a pas l'impression d'être observé mais j'ai l'impression d'être surveillé. Ils cherchent le bobo oui ça met une tension pis c'est négatif. Si c'était fait dans une notion d'observation je pense que ça pouvait être plus positif. L'avantage de le faire tout le temps c'est que ça devient moins stressant à la longue. Alors que si on le fait de temps en temps cela fait une grosse intensité de stress pour cette épisode. Je ne pense pas que je suis seule à qui ça dérange le moins. Il y a plein d'autres résidents qui vont dire je déteste ça. Je déteste ça la caméra

d'être à tout moment regarder dans tout ce que je fais. Justement ils cherchent le bobo. La façon dont on te dit tel mot c'est pas correct.».

1.5. Dénigrement de la médecine familiale = besoin de vulgarisation de la reconnaissance de la médecine familiale comme spécialité

1. Catégorie : déconsidération de la médecine de famille «C'était comme si elle n'a pas le droit d'être médecin de famille parce que c'est plus bas dans l'échelle ou même en étant généraliste c'est plus bas. On l'entend partout. C'est frustrant c'est ce genre de choses qui faisait que je ne voulais pas aller en médecine de famille. Comme je l'ai dit au début c'est important pour moi d'être valorisé dans ce que je fais».

2. Catégorie : honte de faire la médecine de famille «Mais c'est quand même assez récent je savais déjà très bien que ce phénomène-là existait. Dans ce contexte là j'étais plus pauvre toi à mon ami là puisque son père qui lui dit ça puis elle a honte d'aller faire la médecine générale considéré par son père qui n'est pas la vraie médecine. Ses deux parents sont médecins pis les deux sont surspécialistes.».

3. Catégorie : Dévalorisation de la médecine de famille «Il y a une autre résidente qui est en médecine interne pis ces deux parents sont médecins son père lui dit ne fait pas la médecine interne ou générale ce ne sont pas des vrais médecins, à ce niveau tu pourrais être médecin de famille. Deviens néphrologue deviens.».

4. Catégorie : médecins de famille dévalorisés par les spécialistes «C'est par des petits trucs comme ça ou à l'externat il y avait un urgentologue qui était fâché parce qu'on lui transféré un patient qui était en psy dans un autre hôpital pis le psychiatre a dit moi je ne parle pas à l'urgentologue. Je veux parler à un autre psychiatre. Beh va voir votre psychiatre je veux parler à votre psychiatre. C'est des petits affaires comme ça interspécialités je dirais je dirais c'est une attitude que je trouve bizarrement dévalorisant qui fait qu'on nous manque de valeur.».

5. Catégorie : non acceptation par les spécialistes perçus comme une dévalorisation des efforts consentis «pis les sept années que j'ai passées à galérer ça vaut rien. Je n'avais pas envie de vivre ça mais là mais être accepté par d'autres programmes que médecin de famille ».

1.6. Voile des apparences dans les programmes de résidence = besoin d'authenticité

1. Catégorie : pression dissimulée en contexte de compétition «Oui quand tu es en compétition comme ça t'es pas honnête. Tu t'accroches à l'apparence que tout va bien pis moi ça m'a beaucoup nuit dans le prédoc le fait d'être différente d'être bizarre pour être autant malheureuse alors que les autres étaient performants, j'ai pas beaucoup d'amis du prédoctorat là j'ai pas gardé beaucoup de liens c'est vraiment difficile de me connecter avec les gens oui je pense que ça m'a nuit. Peut-être qu'il y a des gens qui vivent bien dans ce genre de compétition là moi ça me sentait extrêmement mal. Ça me pousse pas à avancer vers l'objectif».

2. Catégorie : hypocrisie dans la résidence «Les choses que j'ai voulu savoir avant de faire la résidence que c'est un milieu hypocrite qui va te dire de faire quelque chose mais ce n'est pas réellement ça qu'ils veulent que tu fasses. De comprendre vraiment les objectifs réels parfois un peu caché si je les avais su d'avance je pense que ça m'aurait aidé. Quand ils disent prend soin de toi ils ne veulent pas dire ça quand ils disent de faire le sport ils ne veulent pas réellement dire ça».

3. Catégorie : implication des résidents-es dans les associations estudiantines par besoin utilitaire «Moi j'ai une certaine facilité pour tout ça mais la plupart des gens ils font ces activités par volonté utilitaire parce qu'il y a la compétition envers les autres étudiants. C'est un programme qui est contingenté pis quand il y a des postes quand tout le monde est bon beh ce qui fait la différence c'est j'étais président des associations étudiantes. Il y a comme une course effrénée puis de surenchères de j'ai fait plus de choses que toi de».

1.7. inégalité d'accessibilité aux enseignements liée à la diversification des ressources didactiques = besoin d'uniformisation des pratiques = besoin de standardisation des pratiques hospitalières

1. Catégorie : disparité de ressources pédagogiques entre les milieux «Eh il y a une partie qui est laissée à nous même propice à notre propre autonomie et il y a une partie qui est plus formalisée. Les congrès c'est nous qui les choisit quand est-ce qu'on les fait les simulations je les ai recherchées je les ai fait plus mais certaines programmes essaient de plus en faire mais il y a beaucoup de disparités entre les milieux là le fait j'étais dans une certaine umf j'avais accès à certains cours qui étaient différents de certaines vaccinations les autres résidents que je

rencontre qui me parlaient de ça quelqu'un qui est dans une autre umf va avoir accès à d'autres choses il n'aura pas accès à.»..

2. Catégorie : stratification des ressources pédagogiques engendrant une inégalité dans l'accessibilité aux sources informationnelles « Il y a différents niveaux d'apprentissage il y a ce qui est obligatoire pour tous les résidents du Québec et du Canada il y a ce qui est obligatoire pour les résidents de Montréal puis il y a des activités intraumf. Il y a certaines activités certains cours qui étaient à tous les résidents de l'UdeM il y a certains cours qui étaient seulement à mon umf. C'est variable. Mais c'est nullement pas égalitaire mais ils essaient de dire que c'est équivalent mais la vérité c'est qu'on a tous des expositions différentes. Dans une certaine mesure on a pas le choix d'être comme ça parce que le matériel peut être différent la motivation des superviseurs à certains endroits peut aussi être différente aussi les opportunités sont différentes les patients qu'on rencontre sont différents ça nous expose à différentes choses.»..

Facteurs de risques

2.1. Situations conflictuelles

1. Catégorie : conflits entre professions rendant instable la relation résident-infirmière «Ça dépend il y a vraiment un tas de monde de personnalités différentes. Il y a naturellement des frictions, on rentre dans un système où il y a des conflits entre professions ou il y a une hiérarchie. Ça arrivait que de la part des infirmières on sentait que nous on arrive on ne comprend rien du système puis on leur dit quoi faire. Il y en a qui n'aiment pas ça. Il y a longtemps qu'ils sont là. Ils se trouvent bonnes ils ne nous trouvent pas bons. Ils sont tannés d'être sous la responsabilité ils doivent se sentir sous le joug des docteurs. Je pense qu'on sentait ces tensions-là à plusieurs reprises à d'autres moments aussi ça été très agréable avec les infirmières il y en a qui sont très aidantes aussi. Il y en a qui sont impressionnés qui sont contentes de nous voir. C'est très variable mais ça n'a pas été entièrement positif là. Il y a eu des fois où il y a eu des frictions.»..

2. Catégorie : conflit lié à une proposition de prise de charge refusée par le-la résident-e «Mais de fois je n'ai pas le choix ils me proposent quelque chose avec lequel je ne suis pas d'accord un exemple c'est un patient qui désaturait puis j'avais parlé puis là on mettait un masque d'oxygène puis c'était pas suffisant l'autre option c'était de mettre un masque qui poussait très

fort dans l'estomac il a trouvé cela très désagréable. Il ne voulait pas il était en parfaite il était calme il connaissait les conséquences. Je ne pouvais pas pousser plus que ça. Puis finalement il a continué à désaturer ils m'ont rappelé on est allé le voir et puis je lui ai dit voulez-vous voir ça continue on essaie le masque il a dit okay on va essayer le masque on l'a déplacé pour mettre le masque puis il commence à s'énervé à dire non ôtez moi ça ôtez moi ça ôtez moi ça. On lui enlève puis on lui met le venti masque et là il continue à désaturer et là les infirmiers disent ben là il faudrait que tu donnes les médicaments pour l'endormir pour qu'on lui donne le masque. Puis moi je ne me sentais pas à l'aise avec ça parce que ce patient-là a pris une décision en connaissance de cause je ne veux pas lui imposer un traitement et moins l'assommer avec un médicament pour ensuite lui mettre un traitement. Eux leur position c'était un patient qui s'énervait qui désaturait et ça leur énervait de devoir gérer ça. Je pas lutter. J'ai dit non je préfère ne pas lui donner des médicaments je ne me sens pas à l'aise je ne pense que ce soit une bonne idée. Mais là je n'ai pas dit voici la décision. J'ai essayé d'éviter ça le plus possible.».

2.2. Isolement du-de la résident-e

1. Catégorie : éloignement du réseau social «Oui cela m'a empêché de m'épanouir, je travaille j'essaie fort de ne pas perdre complètement les relations je me sens juste peu à peu je m'éloigne de mes anciennes relations. La résidence ça m'a permis de rencontrer plusieurs personnes et j'essaie quand même de garder les contacts avec ces personnes dans une relation amicale. Mais ça prend un effort un peu constant de maintenir un réseau social parce que très rapidement on s'éloigne.».

2. Catégorie : sentiment d'isolement perçu par le-la résident-e «Hein! Je ne peux que juste parler de ma perception du problème. Je pense qu'il y a eu des facteurs personnels et systémiques. J'ai décidé de faire mes études à Sherbrooke, cela m'a éloigné de mon réseau de soutien. Les premières années je me suis senti seul, je pense qu'il y a aussi une ambiance à travers les étudiants de médecine qui sont très performants, il y a un effort particulier à faire sentir à tout le monde qu'on va bien on a l'impression que tout va bien sauf nous pis on se sent isolé là-dedans».

2.3. Risque d'épuisement professionnel

1. Catégorie : difficulté à la conciliation travail et vie professionnelle «La quantité de choses à faire puis l'énergie mentale que ça prend pour faire ça je n'ai plus l'énergie de faire à manger de dire rentre chez toi tu es trop fatigué pour avoir faim tu es trop anxieux pour dormir. Je n'arrive pas à dormir plus que 5 heures par jour, je n'arrive pas à prendre 3 repas par jour. Je n'arrive pas à faire du sport ça fait des vagues, ça va moins bien. J'essaie de plus me cadrer pour prendre un peu le contrôle avoir un horaire plus structuré pis quand d'autres choses se passe je n'ai pas assez de contrôle. Mais c'est un combat constat d'essayer d'avoir 3 repas par jour. De dormir pis de faire des habitudes externes à la médecine. Ce qui fait que en s'épuisant comme ça après ça on est moins efficace pour travailler, il faut prendre plus de temps.».

2. Catégorie : communication infirmière-résident-e complexifiée la surcharge de travail «Mais souvent c'est par la surcharge de travail. Elles ont beaucoup de choses à faire j'ai beaucoup de choses à faire je dépends de certaines informations qu'ils vont faire je suis un peu après eux pour ça. Et eux ils restent des choses c'est là que ça met des tensions. Le patient n'a pas été pesé, il n'a pas reçu le médicament, ça ça rentre dans mon travail. Eux ils ont d'autres patients à gérer aussi.».

2.4. Pression sur les étudiants-es

1. Catégorie : sentiment de ne pas être épanoui causé par le contexte de compétition «Peut-être qu'il y a ceux qui réussissent à s'épanouir je ne sais pas peut-être que je n'ai jamais vécu d'autre métiers. Dans chaque cheminement de vie il y a une réalisation à mener ça ne va pas comme on pensait que ça irait et puis il y a beaucoup de choses négatives qu'on vit qu'on pensait qu'il y en aurait je pense qu'il y a une partie du système qui est très pesant à porter parce que le fait d'être valorisé ça vient avec d'autres responsabilités il y a une sélection de gens très rigides un peu narcissiques qu'on met ensemble et qu'on fait compétitionner ça peut être difficile de se sentir bien dans ce contexte-là.».

ANNEXE P

FORMULAIRE DE CONSTENEMENT ÉTHIQUE

SITUATIONS ET PROCESSUS D'AUTOFORMATION EXPÉRIENTIELLE CHEZ DES

MÉDECINS RÉSIDENTS ET CHEZ DES MÉDECINS INTERNES : UNE

COMPARAISON FRANCE-QUÉBEC

François Xavier KEMTCHUAIN TAGHE, Chercheur principal et étudiant au doctorat en éducation à l'université de Sherbrooke/Canada et à l'Université Catholique de l'Ouest/France.

Philippe MAUBANT, directeur de recherche et Professeur titulaire à la faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke/Canada.

Jean-Yves ROBIN, co-directeur de recherche et Professeur titulaire à la faculté d'éducation de l'Université Catholique de l'Ouest/France.

Madame,

Monsieur,

Nous vous invitons à participer à la recherche en titre. Les objectifs de ce projet de recherche sont :

Décrire et analyser les conceptions des processus d'apprentissage expérientiel en jeu dans les parcours de professionnalisation des médecins résidents-es du Québec et des médecins internes de France. Cet objectif vise à répertorier les processus d'apprentissage expérientiel des futurs médecins que ce soit au Québec ou en France;

Identifier et analyser les facilitateurs des processus d'apprentissage expérientiel en jeu dans les parcours de professionnalisation des médecins résidents-es du Québec et des médecins internes de France. Cet objectif ambitionne de répertorier les composantes facilitatrices du dispositif de formation expérientiel des futurs médecins que ce soit au Québec ou en France;

Repérer et caractériser, parmi ces facilitateurs, ceux relevant de situations et de processus d'auto-formation. Il s'agira ici de retirer de ces composantes facilitatrices, celles relevant des situations et processus d'auto-formation expérientielle.

En quoi consiste la participation au projet?

Votre participation à ce projet de recherche consiste à répertorier dans votre parcours de résidence ou d'internat les situations d'apprentissage difficiles auxquelles vous aviez fait face et comment vous vous êtes en sortis. Un maximum d'une heure trente (1h30) sera consacré à chaque entretien. Les entretiens seront enregistrés sur magnétophone et ne serviront qu'au présent travail de recherche. La collecte de données s'effectuera soit sur les heures de travail, soit hors des heures de travail selon les disponibilités et les contingences institutionnelles et organisationnelles. Vous pouvez accepter de participer seulement à certains volets de l'entretien et non à d'autres.

Nous estimons qu'aucun risque n'est encouru par les personnes participantes à ce projet de recherche. Cette recherche ne vise pas à identifier des bonnes pratiques, aucun jugement ne sera donc porté sur les participants-es. Toutefois, il est possible que vous ressentiez un malaise par rapport à certaines questions. Nous vous donnons la latitude de refuser d'y répondre. **Qu'est-ce que le-la chercheur-e fera avec les données recueillies?**

Pour éviter votre identification comme personne participante à cette recherche, les données recueillies par cette étude seront traitées de manière **entièrement confidentielle**. La confidentialité sera assurée en remplaçant les noms par un code numérique. Les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier les personnes participantes. Les résultats seront diffusés dans la thèse mais aussi possiblement sous la forme de publications scientifiques et/ou professionnelles (articles scientifiques, livres, etc.) et des présentations dans les journées d'études, colloques et symposiums. Les données recueillies seront conservées sous clé dans le bureau du chercheur principal à l'Université de Sherbrooke. Les fichiers électroniques seront protégés par un mot de passe. Les seules personnes qui auront accès aux données seront le chercheur principal et les directeurs de recherche. Les données seront détruites au plus tard en 2022 et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Est-il obligatoire de participer?

Non. La participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Y a-t-il des risques, inconvénients ou bénéfices?

Au-delà des risques et inconvénients mentionnés jusqu'ici [inconvénient de temps ou de déplacement], le chercheur principal considère que les risques possibles sont minimaux. La contribution à l'avancement des connaissances au sujet des processus d'autoformation des futurs médecins sont les bénéfices prévus. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Que faire si j'ai des questions concernant le projet?

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec François Xavier Kemtchuain Taghe par courriel à l'adresse suivante : francois.xavier.kemtchuain.taghe@usherbrooke.ca ou au téléphone

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université de Sherbrooke et un certificat portant le numéro.....a été émis le (date).

[Signature de la chercheuse ou du chercheur] [Date de la signature]

Kemtchuain Taghe François Xavier, étudiant au doctorat

Chercheur principal du projet de recherche

J'ai lu et compris le document d'information au sujet du projet « Situations et processus d'auto-formation chez des médecins résidents-es et chez des médecins internes : une comparaison Québec-France ». J'ai compris les conditions, les risques et les bienfaits de ma participation. J'ai obtenu des réponses aux questions que je me posais au sujet de ce projet. J'accepte librement de participer à ce projet de recherche.

Participante ou participant :

Signature :

Nom :

Date :

S.V.P., signez les deux copies.

Conservez une copie et remettez l'autre **au chercheur/à la chercheuse.**

**Ou Conservez une copie et retournez l'autre au chercheur /à la chercheuse dans
l'enveloppe-réponse timbrée ci-jointe.**

Le Comité d'éthique de la recherche - Éducation et sciences sociales de l'Université de Sherbrooke a approuvé ce projet de recherche et en assurera le suivi. Pour toute question concernant vos droits

en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec ce comité au numéro de téléphone 819-821-8000 poste 62644 (ou sans frais au 1 800 267-8337) ou à l'adresse courriel ethique.ess@usherbrooke.ca.

ANNEXE Q

APPROBATION FINALE DE VOTRE PROJET DE RECHERCHE



Sherbrooke, le 28 novembre 2017

M. François Xavier Kemtchuain Taghe
FACULTÉ D'ÉDUCATION (études)
Université de Sherbrooke

N/Réf. 2017-1543/Kemtchuain Taghe

Objet : Approbation finale de votre projet de recherche

Monsieur,

Le Comité d'éthique de la recherche – Éducation et sciences sociales a reçu les clarifications ou les modifications demandées concernant votre projet de recherche intitulé « **Situations et processus d'auto-formation chez des médecins résidents-es et chez des médecins internes: une comparaison Québec-France** ».

Les documents suivants ont été analysés :

- Formulaire de réponse aux conditions (F20-1400)
- Formulaire de consentement (formulaire de consentement éthique.pdf) [date : 14 novembre 2017, version : PDF]
- Autre document (acceptation de collaborer à notre projet de recherche envoyée par le CHU d'Angers en France.pdf) [date : 14 novembre 2017, version : PDF]
- Autre document (acceptation de collaborer à notre projet de recherche envoyée par la faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke au Canada.pdf) [date : 14 novembre 2017, version : PDF]
- Autre document (informations générales sur le responsable de l'étude et les directeurs de recherche.docx) [date : 14 novembre 2017, version : Word]

Le comité a le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été **approuvé**.

Cette approbation étant **valable jusqu'au 28 novembre 2018**, il est de votre responsabilité de remplir le formulaire de suivi (formulaire F5-ESS) que nous vous ferons parvenir annuellement. Il est également de votre responsabilité d'aviser le comité de toute modification au projet de recherche (formulaire F4-ESS) ou de la fin de votre projet (formulaire F6-ESS). Ces deux derniers formulaires sont disponibles dans Nagano.

Le comité vous remercie d'avoir soumis votre demande d'approbation à son attention et vous souhaite, Monsieur, le plus grand succès dans la réalisation de cette recherche.



Eric Yergeau
Substitut à la présidence du Comité d'éthique de la recherche – Éducation et sciences sociales
Professeur au département d'orientation professionnelle, Faculté d'éducation

ANNEXE R
INTERVIEW RÉALISÉE AUPRÈS D'EMMA

Tableau 20

TRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC Docteur Emma

Qui parle?	Extraits	Catégories
Interviewer	Est-ce que je peux savoir ce qui vous a poussé à aller en médecine?	
Emma	En médecine, au tout début. Eh eh mon père est médecin et ma mère est infirmière. Je pense que c'est un peu ce qui m'a mis sur la voie.	Référence à des formes identitaires professionnelles
Interviewer	Est-ce que ton père t'a orienté ou bien c'est toi-même qui a voulu aller en médecine?	
Emma	Non c'est moi-même. Ma mère ne voulait pas que je fasse médecine et mon père ne m'a pas forcément poussée et au final les années avancent et après le baccalauréat, ça m'attirait bien. Je voulais faire vétérinaire au début et je suis allergique aux animaux. Et du coup j'ai fait médecine.	Attirance pour la médecine Motivation dérivative
Interviewer	Est-ce que ton père t'a souvent conseillé?	
Emma	Il m'a beaucoup soutenu. Il m'a beaucoup conseillé. Oui.	Soutien du père
Interviewer	Et tu étais par exemple devant les cas, tu l'appelais, tu dis papa j'ai tel problème, j'ai	
Emma	Oui on échangeait beaucoup ouais!	Échange verbal avec le père
Interviewer	Bon est-ce que le fait d'échanger ça t'a apporté beaucoup de choses?	
Emma	Oui	

Interviewer	Quoi par exemple?	
Emma	<p>Déjà ça me permet d'extérioriser quand j'ai des cas comme ça.</p> <p>Ça me permet de prendre du recul.</p> <p>Ça permet aussi de bénéficier de l'expérience déjà des autres médecins avec qui on échange.</p>	<p>Objectivation</p> <p>Relativité</p> <p>Capitalisation expérientielle</p>
Interviewer	Bon est-ce que le fait de par exemple de dialogue avec ton père est-ce que ça un impact par exemple sur ta prise en charge ou bien c'est toi qui t'affirme. C'est lui qui te dirige?	
Emma	<p>En général c'est un debriefing. La situation était déjà passé. Donc j'avais déjà tout vérifié toute seule. Et après c'est un debriefing. Ça ne m'arrive pas souvent. Mais de temps en temps ça m'arrivait. On en parlait des cas un peu plus difficiles différents de ce qu'on rencontre d'habitude. Donc donc c'était plutôt un debriefing pour partager une expérience. Mais moi j'ai toujours fait comme, de toute façon ce n'est pas la même spécialité.</p>	Débriefing
Interviewer	Il a fait quelles spécialités	
Emma	Réanimation médicale	
Interviewer	Et toi tu es en	
Emma	Médecine générale moi	
Interviewer	Bon est-ce qu'il n'y a pas de cas de réanimations en médecine générale? Il n'y en a pas?	
Emma	Alors ce qu'on trouve en parallèle entre les deux c'est que la prise en charge globale du patient. Après ce n'est pas du tout la même approche. Quand même on est surtout sur de	

	l'urgence en réanimation alors qu'en médecine générale pas autant que ça. Ce n'est pas tu tout pareil.	
Interviewer	Bon par rapport à tes autres collègues qui n'ont pas de père médecin, est-ce que tu as un plus par rapport à eux?	
Emma	Pas spécialement.	
Interviewer	Tu sens que tu as un plus par rapport à eux?	
Emma	Non. Pas plus que ça.	
Interviewer	Donc ça t'apporte rien.	
Emma	Si si ça m'apporte du soutien. Ça me permet d'expliquer des situations de partager des expériences. Après on a toujours dans nos stages un vétérinaire, des médecins avec qui ça se passe bien. Ils prennent ce rôle aussi. Ils partagent leurs expériences aussi. Donc que je ne dirais pas que l'information est meilleure. Parce que j'ai des parents médecins par rapport à celui qui n'a pas de parents qui ne sont pas du tout dans le milieu quoi.	Capitalisation expérientielle
Interviewer	Est-ce que le fait d'avoir par exemple des parents médecins, est-ce que ça ne te facilite pas les choses? Par exemple pour entrer dans les réseaux.	
Emma	Si ça facilite. Après moi je n'ai jamais voulu rentrer dans ce jeu-là. Quand j'arrive quelque part je ne me présente pas comme la fille de. J'essaie au contraire de rester discrète sur ça pour que les gens au contraire se fassent une propre idée de moi sans avoir été influencés par quelqu'un d'autre avant. En général et c'est sûr qu'après au final quand ils font le lien ça peut faciliter les choses.	Affirmation de soi
Interviewer	Est-ce qu'il y a un cas précis par exemple que tu as eu à prendre en charge et tu as appelé le père, tu as dit voici un	

	cas qu'est-ce que je fais, est-ce que tu peux essayer de me dire?	
Emma	(silence) c'est difficile un cas précis parce que je ne l'appelle pas pour lui demander ce que je fais. C'est plutôt pour partager après. Je n'ai pas une situation précise. Je n'arrive pas à trouver.	
Interviewer	Est-ce qu'il n'y a pas un cas par exemple où tu as eu à résoudre et après tu l'as appelé. Quel a été l'impact de cet échange post expérientiel sur ta prise future parce que le même cas est souvent revenu. Est-ce que le fait d'être avec lui ça a influencé ta façon de faire la prochaine fois.	
Emma	<p>Ça je dirais que ça influence oui quand on en parle avec mon père et quand j'en parle avec le maître de stage parce que du coup hein là par exemple je suis en phase de stages chez un praticien, je suis toute seule toute la journée. Je résous les consultations toute seule toute la journée</p> <p>et le soir on a un debrief</p> <p>et c'est la même chose je vais partir vers une direction pour résoudre ma consultation et mon chef, mon père va me dire oui très bien et on aurait aussi pu faire comme ça. Et c'est ça qui est enrichissant. Et comme cela je sais qu'ils auraient aussi pu faire autrement.</p>	<p>Consultation toute seule</p> <p>Débriefing crépusculaire</p> <p>Régulation rétroactive</p>
Interviewer	Bon est-ce que le fait par exemple de que le père dit que fais ceci, la prochaine fois quand le même cas revient est-ce que tu penses à ce que le père te dit et tu appliques ce qu'il fait ou bien tu continues à faire ce que tu fais?	
Emma	Non j'adapte	

Interviewer	Oui. Je prends les deux. Je prends un peu plus ce qu'on me dit, quel mon point de vue à moi, quel est mon point de vue à moi bien sûr j'adapte à la situation.	Appropriation
Interviewer	Ça veut dire ce que le père te dit si c'est mieux maintenant c'est ça que tu fais?	
Emma	Oui. J'estime que c'est mieux. Il avait raison et que effectivement je n'avais pas pensé à cet aspect-là. Donc c'est possible je change ma façon de faire la prochaine fois.	Régulation proactive
Interviewer	Eh maintenant entre ce que le père dit et ce que les maîtres de stages disent, est-ce que tu as plus confiance au maître de stages ou bien au père?	
Emma	<p>De toute façon forcément j'ai plus confiance à mon père qu'à mon maître de stages. Après c'est pas pour autant je vais forcément croire à la parole de mon père, c'est pas c'est pas tout bon ce qu'il me dit. Faire aussi la part de choses avec ce qu'il me dit.</p> <p>Il faut aussi adapter. Et je peux aussi piocher et je pioche aussi dans ce que me disent mes maîtres de stages que ce que me disent mes maîtres de stages. Après j'aurais forcément plus confiance à ce que me dit mon père.</p>	<p>Objectivation</p> <p>Appropriation</p>
Interviewer	Pourquoi tu as plus confiance à ce que dit le père que par rapport aux maîtres de stages?	
Emma	Parce qu'il y a la relation de fidélité. C'est mon père. De base de façon générale, je trouve qu'il part dans les bonnes directions, je trouve qu'il pose les bonnes questions et qu'il fait avancer des choses dans la bonne direction.	Considération du père
Interviewer	Donc par rapport à ton maître de stages, il est plus pratique, il est aidant mieux que le maître de stages	

Emma	<p>Parce qu'il me connaît mieux. Il sait comment je fonctionne. Il sait comment m'orienter et puis on a un peu plus la même vision de choses. Donc je sais qu'on avance dans le même sens.</p> <p>Après j'ai quelques maîtres de stages eh eh certains je retrouve cette en qui j'ai vraiment confiance avec qui je fonctionne de la même façon. À moins qu'on apprenne à bien se connaître, il y a une relation de confiance qui s'est instaurée je prends en général ce qu'ils me disent</p>	<p>Considération du père</p> <p>Confiance instaurée</p>
Interviewer	Bon est-ce qu'il y a un cas précis où par exemple tu as eu à prendre en charge et le maître de stages t'a dit de faire ceci et tu as plutôt pris ce que le père disait? Est-ce qu'il y a un cas précis et comment tu as géré cela?	
Emma	(Silence) ça n'est pas arrivé de demander deux avis. Mais en général mon père je ne vais pas lui demander son avis. On va en parler comme cela, on va en discuter. Ça m'est jamais arrivé de l'appeler comme cela en disant qu'est-ce que je fais quoi.	
Interviewer	Non par exemple, tu as eu à gérer un cas n'est-ce pas tu as appelé le père. Le père t'a dit normalement on devrait faire aussi comme ceci. Tu as rencontré le maître de stages, il t'a dit on fait ceci sûrement hein c'était à toi de voir entre ce que ton père disait et ce que ton père disais. Tu as choisis quel et pourquoi? Quel avis et pourquoi?	
Emma	Ça c'était à l'hôpital qu'en médecine générale. En médecine générale. En médecine générale, mon père connaît moins en médecine générale. J'ai plutôt tendance à suivre mes médecins généralistes, ce qu'ils disent. À	Objectivation

	l'hôpital pour des questions, ça ne serait arrivé par exemple pour des questions de réanimations par exemple des situations critiques à l'hôpital. Ça va dépendre du médecin avec qui je suis. Il y a un médecin. Je ne peux dire des situations précises. Oui des fois je suivrai l'avis de mon père. Dans les cas de réanimation, je pense que qu'il a bon je serai de mauvaise langue si je te dirais que je ne suivrais pas ce que me dit mon père plus que ce que me dirait mon chef.	
Interviewer	Et la relation entre ton père et tes maîtres de stages? Est-ce que c'est la même relation entre ton père et les maîtres de stages?	
Emma	Comma ça se passe?	
Interviewer	Oui Entre toi et ton père et entre toi et tes maîtres de stages. Est-ce que tu sens la même relation ou bien.	
Emma	Pas avec tous. Ça dépend, il y en a avec qui cela m'est arrivé ou d'avoir entièrement confiance. Il y a des médecins, je pense à un à l'hôpital en qui j'avais entièrement confiance en ce qu'il disait. Je le suivrais comme si j'aurais suivi mon père. Et en médecine générale, il y en a deux en qui je fais entièrement confiance. D'autres pas.	Confiance instaurée
Interviewer	Ça veut dire qu'il y a des maîtres de stages en qui tu n'as pas confiance?	
Emma	Il y a certains qui ont une vision très différente de la médecine. C'est pas que je n'ai pas confiance, j'essaie de ne pas fonctionner comme cela et du coup pas plus du recul sur ce qu'ils disent. Je ne vais pas forcément suivre ce qu'ils me disent de faire.	Confiance instaurée

Interviewer	Bon est-ce qu'il y a un cas par exemple que tu as eu à gérer n'est ce pas et qu'il l'a paru par exemple difficile et tu t'es rapproché du maître et il t'a dit quelque chose que tu as et que tu as pensé que ce n'est pas ça qu'il fallait faire?	
Emma	Oui. Ça m'est arrivé sur les fins de vie pour la prise en charge de la douleur. La prise en charge n'était pas du tout adaptée, qu'il me fallait pas et c'était difficile à mon chef d'entendre que je n'étais pas d'accord avec cette prise en charge. Du coup j'ai essayé de trouver de contourner la vie.	Objectivation Conflit avec le superviseur
Interviewer	Comment tu as contourné?	
Emma	Je connaissais quelqu'un en cancérologie qui était spécialisé en fin de vie et je lui ai demandé de l'aide.	Dérivation stratégique
Interviewer	C'était un médecin ou bien un infirmier?	
Emma	C'était un médecin	
Interviewer	Est-ce qu'il y a eu des cas souvent où tu as eu à appeler les infirmiers pour demander comment qu'est-ce qu'on fait d'habitude? Est-ce que tu peux me relater ce cas-là?	
Emma	Par exemple en cancérologie pas exemple, mes premiers stages d'interne, j'ai souvent demandé comment ça se passe, comment vous faites. Quels sont les protocoles, comment vous avez l'habitude de gérer cette situation-là aux infirmiers?	Collaboration infirmière/interne
Interviewer	Et quelle est la relation, comment elles répondent? Est-ce qu'elles sont disposées à te répondre où elles t'envoient balader?	

Emma	Non quand on les prend en considération, quand on les écoute, quand on demande leurs avis, elles sont toujours très agréables.	Considération infirmière
Interviewer	Ça veut dire qu'il y a souvent des cas où elles refusent de participer?	
Emma	Pas avec moi. ça m'est rarement arrivé de demander et que les infirmiers refusent de m'aider, de.	Collaboration de confiance
Interviewer	Pourquoi avec toi? Qu'est-ce que tu as de plus?	
Emma	Je prends du temps avec qu'elles. Je les inclue dans l'équipe. Il n'y a pas les médecins tout en haut qui prennent les décisions et les infirmiers qui appliquent. Les infirmières sont là pour m'aider aussi. Et je m'appuie sur ce qu'elles me disent, je les demande des conseils. Et je pense que c'est ça aussi du fait de se sentir impliqués, être ensemble pour gérer les patients, chacun a nos rôles. Elles font des choses que moi je ne sais pas faire. Et je fais des choses qu'elles ne savent pas faire. Donc on fonctionne en équipe. C'est ça qui les donne envie de m'aider, je pense que c'est ça.	Considération infirmière Coopération infirmière/interne
Interviewer	Bon est-ce que tu as eu des cas où souvent des médecins, des internes ont eu des problèmes avec le personnel?	
Emma	Oui	
Interviewer	Tu peux me citer un cas par exemple.	
Emma	Eh eh les internes et les médecins. quand ils sont froids et distants, ils ne sont jamais dans le service, ils ne sont jamais disponibles pour l'infirmière. L'infirmière a besoin d'aide, ils ne répondent pas. Ils ne sont jamais là. Et puis ils donnent des informations. C'est comme à et il n'y a pas	Conflit infirmière/médecins- internes

	d'échanges. Alors qu'au contraire quand tu prends le temps de prendre le café, de discuter, d'être présent, discuter ensemble, de faire des staffs où tout le monde a le droit de donner son avis, de s'exprimer. Ce n'est pas juste entre médecins. les infirmières sont à côté à prendre les notes. Ce qui peut arriver parfois.	
Interviewer	Bon est-ce que tu as déjà vu un rassemblement de médecins et infirmiers et puis les infirmiers sont marginalisés, tu as rencontré ça?	
Emma	Oui. Ça arrive qu'il y ait un fossé entre le corps médical. C'est rare ça peut arriver avec certaines personnes.	Conflit infirmière/médecins-internes
Interviewer	Les internes par exemple qui se comportent comme s'ils n'ont de liens avec les infirmiers. Et que penses-tu de cette relation-là, que penses-tu?	
Emma	Parfois il y a du stress de la part de l'interne, pour ne pas dire les internes très stressés qui du coup restent très renfermés.	Stress chez les internes
Interviewer	Pourquoi?	
Emma	<p>Ils sont stressés par leurs responsabilités. Quand on arrive interne dans un service et qu'on a beaucoup de travail, on a beaucoup de choses à gérer. On est sollicité dans un peu plus tous les côtés.</p> <p>C'est facile de laisser accumuler par le stress, l'accumulation du travail. Et il y a d'autres qui ont tendance plutôt qu'à demander de l'aide à se renfermer et puis qui ne parlent, qui ne dialoguent pas . ça donne un aspect et un peu plutôt froid de la personne. Les infirmières n'osent rien lui demander ou l'interne n'ose pas lui</p>	<p>Surcharge de travail</p> <p>Isolement de l'interne</p>

	demander parce qu'il y a aussi parfois des situations où il n'y a pas d'échanges.	
Interviewer	Par exemple, face au stress qu'est-ce que tu fais?	
Emma	<p>Face au stress eh, quand il y a une situation qui me stresse, je sens qu'il y a trop de choses qui s'accumulent, j'essaie de me poser, de prendre du recul et d'essayer de cibler ce qui est important et c qui l'est moins. Je vais essayer de hiérarchiser les tâches. Et du coup commencer par ce qui est important.</p> <p>Déjà pour m'aider déjà à me déstresser et puis en plus je n'hésite pas à l'entourage le matin quand on fait les visites et que l'infirmier qui me suit, je n'hésite pas à lui dire et bien écoutes là c'est compliqué je suis dans le rouge. Je hiérarchise de cette façon. Je vais m'organiser de cette façon pour que ça sort le plus facile possible. Si toi tu peux m'aider de ton côté fais tout ce que tu peux pour m'aider. Oui j'essaie de me relancer de mon côté. Mais moins essayer d'expliquer à l'infirmière pourquoi je suis pas de bonne humeur. Pourquoi je suis pas disponible. Et que de fois elles vont venir me solliciter. Ça arrive dans certains services qu'on est derangé toutes les 10 minuetes au téléphone, la SP, l'infirmière, ton chef, machin, eh eh je l'ai dis je ne peux pas là.</p>	<p>Résilience au stress</p> <p>Hiérarchisation des tâches</p> <p>Recours au collectif</p>

	Je l'ai dit que si je suis dérangé toutes les 10 minutes je n'arrive pas à suivre le fil de ce que je fais. Donc que laisse un peu plus de temps. tu reviendras après, tu peux écrire tes questions. On en parle mais laisse moi un peu plus de temps. je pense qu'en verbalisant ça devient un peu plus facile.	Verbalisation de son état émotionnel
Interviewer	Bon est-ce que par exemple quand tu parles ainsi au personnel, est-ce qu'elles comprennent, est-ce qu'elles sont compatissantes? Est-ce qu'elles t'aident à pouvoir gérer ton stress?	
Emma	Ouais! En général ça se passe mieux. Ça ne m'a jamais arrivé de ne pas arriver à cause du stress.	Résilience
Interviewer	Est-ce que tu as assisté par exemple à une sorte d'explosion d'un interne qui quand par exemple on vient lui parler il dit laisser moi tranquille. Je prends la décision seule?	
Emma	Oui ça peut arriver.	
Interviewer	Tu as vu ces cas-là?	
Emma	D'exploser. Ou alors c'est arriver des internes à pleurer en plein milieu de la visite, qui craque complètement. Et qui va s'isoler un tout petit peu parce que ça va plus et puis qui revient et il fait comme il peut ça arrive.	Chaos vocationnel
Interviewer	Tu penses que c'est quoi? Qu'est-ce qui les fait pleurer? Qu'est-ce qui les fait pleurer par exemple?	
Emma	Il n'y a pas de soupape quoi. Ça monte ça monte et la personne n'a trouvé aucun moyen de redescendre et à un moment ça lâche quoi.	Chaos vocationnel
Interviewer	Bon eh quand tu es arrivé par exemple en médecine, tu as fait ton premier cycle, tu as fait ton second cycle, qu'est-ce qui t'a amené à rentrer en médecine générale?	

Emma	J'ai commencé en faisant la médecine pour faire une spécialité parce que je ne connaissais pas la médecine générale. Je me suis rendu compte que dans les services c'était trop, les spécialités c'était trop fermé, c'était tout le temps la même chose, moi j'avais besoin, comme dans ma vie personnelle, j'ai toujours eu besoin de faire pleines de choses. Et c'est cet aspect-là de la médecine générale qui me plaisait. De faire à la fois de la gériatrie, la pédiatrie, la gynécologie, de voir des jeunes, des moins jeunes, tous les milieux un tout petit peu. C'est ça qui m'intéresse.	Schéma identitaire
Interviewer	Bon est-ce que quand tu as eu à faire ton choix de filière, tu as passé un concours?	
Emma	Oui	
Interviewer	Bon comment tu étais? Ta position sur le plan psychologique avant le concours?	
Emma	Bon je savais qu'en voulant faire médecine générale à Angers, le classement portait peu, je pouvais arriver, j'exagère, je pouvais arriver dernière mais je savais ce que je voulais. Du coup que de bosser bêtement mon internat parce que le concours d'internat c'est bête et méchant du par cœur, plutôt que de bosser comme ça, j'ai plutôt bossé pratique en essayant, je me suis dit c'est le dernier moment. C'est une dernière année qui reste pour ingurgiter un maximum d'informations, et j'ai sélectionné les informations qu'il me fallait, de bosser efficacement pour être un bon interne de médecine générale. Alors la pathologie la plus pourrie qui n'existe jamais et qu'on ne voit jamais, je n'ai pas insisté là-dessus par contre. Je suis	Disposition stratégique

	resté sur ce qui allait me servir en tant qu'interne de médecine générale.	
Interviewer	Bon quand tu as maintenant réussi le concours, on t'a envoyé à Angers?	
Emma	Oui	
Interviewer	Le premier jour quand on t'a remis par exemple le cahier, on t'a dit prescrit quelle a été ta réaction?	
Emma	Dure	
Interviewer	Très dure?	
Emma	Oui	
Interviewer	Pourquoi?	
Emma	Parce que d'un coup on prend toutes les responsabilités. J'étais en cancérologie mon premier stage mon premier jour en tant qu'interne et rien que du prescrire du paracétamol ou du Forlax, j'ai revu tout, dans le Vidal tous les effets indésirables, toutes les contre-indications, j'ai tout revu, j'avais trop peur de mettre ça sur mon ordonnance. Donc j'ai pris un temps fou à essayer de voir est-ce que je fais ça est-ce que c'est bon, est-ce que je n'ai pas fait de bêtise?	Atterrissage en catastrophe sur la planète travail
Interviewer	Et, et, comment tu as pu dénouer ce stress de prescription? Comment tu as pu?	
Emma	Oh pouf! Avec le temps, la pratique. La première semaine est un peu plus compliquée parce qu'on doute sur tout ce qu'on fait et puis après je te dirais c'est pareil. Donc parler j'ai demandé beaucoup aux infirmières au début, qu'est-ce que vous avez l'habitude de faire? Qu'est-ce qu'on fait	Confiance en soi progressivement instaurée

	dans ce cas-là et puis d'en reparler avec mon chef. Et puis petit à petit en voyant que ça se passe bien que ce que je fais ça passe pas si mal on prend petit à petit confiance et puis au début on s'attaque pas à grand-chose. On ne va pas non plus tout révolutionner, on va par petits pas et plus ça va et plus on se sert un peu plus à l'aise et on se permet de plus de choses.	
Interviewer	Oui. Quand c'est difficile comme ça est-ce que tu as appelé le père? Pour lui dire bon je suis devant un cas, qu'est-ce que je fais?	
Emma	Non, j'ai dû mal à appeler mon père pour ça.	
Interviewer	Pourquoi?	
Emma	Parce que j'ai une image de mon père de quelqu'un de brillant et j'ai toujours pensé qu'il se fasse l'idée de moi comme quoi je ne sais pas gérer, je ne sais pas faire. En général, je pense une fois que c'est résolu. J'appelle pas pour résoudre les, je ne l'ai pas appelé en disant papa qu'est-ce que je fais. Je n'ai jamais fait ça. Je l'appellerais si je suis devant un cas de réanimation, un cas d'urgences vitales et là c'est plus mon ressort, je l'appelles. Mais si pour le poumon non.	Peur d'être mal jugé
Interviewer	Bon quand par exemple tu as eu à faire face à ces cas de réanimation en oncologie, comment tu as fait?	
Emma	La première fois?	
Interviewer	Oui la première fois	
Emma	Eh eh, du coup dedans j'ai fait par exemple c'était l'hypotension. Le patient est hypotendu. Donc je gère je fais ce que j'ai appris. Donc la réanimation de base avec les voies veineuses, bref le travail de base. Ensuite	Régulation rétroactive

	j'appelles mon chef et puis je crois qu'on avait appelé le réa de garde mais après j'ai appelé mon père. J'ai suivi le protocole de réa qui était de garde.	
Interviewer	Quand est-ce que tu as appelé ton père? Quand est-ce que tu l'as appelé pour la première fois?	
Emma	Je ne l'ai jamais appelé dans le cadre de situations à l'hôpital. On a parlé après mais j'ai pas eu à l'appeler. Il n'a jamais été de garde. Je n'ai pas eu à l'appeler directement pour un cas quoi.	
Interviewer	Quel est maintenant le lien entre tes superviseurs et toi? Est-ce qu'ils sont durs avec toi? Est-ce qu'ils te donnent tout ce qu'il faut pour pouvoir réussir? Est-ce qu'ils cachent souvent des choses, est-ce que est-ce que?	
Emma	J'ai eu beaucoup de chances avec mes chefs. J'ai toujours réussi à avoir quelqu'un, j'ai toujours trouvé dans mon stage quelqu'un en qui j'avais confiance, la confiance que j'avais avec un père finalement et où ça se passait bien et où j'avais l'impression d'avoir une relation d'égale à égale et de travailler ensemble.	Égalité
Interviewer	Est-ce que quand tu es dans un service en tant qu'interne, ton père vient souvent te rendre visite?	
Emma	Oui à l'hôpital oui	
Interviewer	Ton père rencontre aussi tes superviseurs pour dire que je suis le père de.	
Emma	Il ne peut pas s'en empêcher	
Interviewer	Est-ce que ça influence sur la relation avec?	
Emma	En général, il est un peu délicat pour le faire une fois que je suis bien installé. Il ne vient pas le premier jour de la première semaine. Il attend un mois, deux mois. Et puis	Familiarité du père

	ensuite il vient me voir. Et puis en général de toute façon à l'hôpital il connaît tout le monde. Donc tout se sait. Ils le savent.	
Interviewer	Donc quand tu arrives on sait d'emblée que c'est la fille de?	
Emma	Souvent.	
Interviewer	Et quand c'est comme ça, on l'encadre plus ou bien ça change?	
Emma	J'ai quand même l'impression que les gens se font un avis avant que je n'arrive. Un a priori plutôt positif. Parce que ça se passe bien. Mon père a de bonnes relations avec des gens à l'hôpital. Mais j'essaie de m'en détacher au maximum quand j'arrive le premier jour, les premières semaines le temps qu'ils se fassent un avis et qu'on puisse avoir une relation détachée de tout ça. J'essaie vraiment de ne pas en parler de mettre ça de côté pour qu'ils fassent leur propre avis.	Affirmation de soi
Interviewer	Est-ce que de fois les patients eux-mêmes t'ont amené à dire que d'habitude on me fait ceci, les patients eux-mêmes?	
Emma	D'habitude on fait ça. Oui ça arrive.	
Interviewer	Est-ce qu'il y a un cas . est-ce que tu peux me dire tu peux me compter un cas?	
Emma	En médecine générale, quand on est en période d'épidémie mon médecin généraliste me donne toujours des antibiotiques.	Patient expert
Interviewer	Donc c'est le patient qui te dit que?	
Emma	Mon médecin généraliste a toujours l'habitude de me prescrire des antibiotiques.	Patient expert

Interviewer	Et est-ce qu'il y a un deuxième cas que tu as eu à part ce genre de chose?	
Emma	Eh eh! Des cas contraires ou ça arrive mon médecin d'habitude et fait comme ça (silence). Je n'ai pas l'exemple concret. Oui ça peut arriver plutôt en médecine générale qu'à l'hôpital.	
Interviewer	Est-ce qu'il y a eu des camarades parce que toi tu dis que eh d'habitude quand tu arrives à l'hôpital, on sait d'emblée que tu es la fille de et on t'encadres bien oui. Est-ce qu'il y a eu des cas où des personnes qui ont eu des difficultés, des internes qui ont eu des difficultés parce qu'ils n'étaient pas liés à un père qui n'était pas médecin.	
Emma	Non je pense que ça change pas. Les gens, ils se font un a priori de toi. Bon ils ont un bon a priori. Si je fais la merde derrière détestable, que je sois la fille de ou pas la fille de ç se passera mal. Bon après il y plein d'internes avec qui ça se passe bien avec leurs chefs. À partir du moment que c'est donnant donnant, ton chef te donne plus de temps, il essaye de t'apporter son expérience et puis toi en retour c'est à toi de faire le travail qu'il faut faire et ça se passe toujours bien de toute façon.	Engagement mutuel
Interviewer	Oui. Est-ce que tu t'engages dans le travail?	
Emma	Oui j'aime ce que je fais. Je suis consciencieuse. Comme je te dis c'est donnant donnant avec ton chef et avec les équipes. Et puis un peu tu vas donner, tu vas être sérieux dans ce que tu fais et après tu vas, donc tu as tout intérêt à être engagé dans ce que tu fais.	Engagement mutuel
Interviewer	Bon quels sont les éléments qui sous-tendent ton engagement?	

Emma	<p>J'aime ce que je fais. J'aime être dans la relation avec le patient. J'aime aussi être dans la relation avec les collègues.</p> <p>C'est plutôt la partie prendre soin des gens si tu veux. C'est toujours valorisant quand t'a l'impression d'avoir soigné quelqu'un, de l'avoir aidé à aller mieux quoi. Donc tu as l'impression que le patient est satisfait à la fin de ta consultation ou à la sortie de l'hôpital, c'est gratifiant.</p>	<p>Motivation socio-affective</p> <p>Motivation identitaire</p>
Interviewer	Est-ce qu'il t'es arrivé souvent de pleurer parce que tu as eu un cas difficile?	
Emma	Oui c'est arrivé.	
Interviewer	Qu'est-ce qui s'est passé?	
Emma	Le plus dur pour moi c'était mon premier stage en cancérologie où j'ai géré que des fins de vie. C'est difficile, il y a des cas qui vous touchent plus ou moins quand on commence à s'identifier un petit peu. Par exemple une dame, ça aurait pu être ma mère, qui a eu une fin de vie superbe. C'était assez émouvant. J'ai eu aussi une fin de vie d'une maman de 35 ans et puisque deux jours avant on avait fêter l'anniversaire du petit garçon. On avait tout organisé dans sa chambre. Il y a des histoires de vie qui vous marquent plus que d'autres. Quel incident de vie qui nous rappelle notre vie et puis là ça nous touche.	Sentiment d'identification
Interviewer	Et comment tu as fait pour pouvoir t'en sortir de comment tu as procédé pour dire moi je suis médecin donc je dois rester au haut niveau comment tu as?	
Emma	Eh eh! J'ai eu cette chance-là de commencer tout de suite par un stage très dur où au début on reste un petit peu, c'est	Résilience

	difficile d'avoir la bonne distance. Il ne faut pas craquer avec le patient. Ça va pas l'aider. Et en fait j'ai, je suis sorti d'une chambre qui m'a touché, j'ai maintenu et à la fin, quand je suis sorti de la chambre, je suis allé m'isoler et puis là je me suis effondré. J'ai appelé ma chef pour lui dire que là c'était trop. On a débriefé, on en a parlé. Et bizarrement depuis il y a plusieurs d'autres situations qui m'ont touchées et puis je n'ai plus jamais effondré comme ça. Je pense que j'ai trouvé une certaine distance.	
Interviewer	Comment tu as pu arriver à cette distance-là?	
Emma	Vraiment c'est ce jour où j'ai complètement craqué où j'ai pleuré pleuré, le fait de débriefé avec ma chef, ma chef était très bien, on s'entendait très bien quand on parlait des relations de confiance tout à l'heure. C'est encore quelqu'un avec qui je suis en contact. Et le fait de débriefé, d'en parler et puis après je ne sais pas comment vous le dire. C'est prendre du recul. Arrivé à prendre du recul sur des situations. Ça nous touche même mais d'arriver à prendre du recul. Surtout pas craquer là. Et puis après quitte à sortir. Et puis après.	Résilience
Interviewer	Et quand tu parles de debriefé ça veut dire quoi?	
Emma	D'en parler, de verbaliser.	
Interviewer	Ça se passe comment.	
Emma	Je dis par exemple cet exemple concret là. Ces mots-là qui nous ont touché quand elle dit ça. Et puis elle me rappelle telle personne. Je l'associe à ça. Ça m'a touché à ce point-là. Je sais que ça m'est arrivé aussi d'en parler, de rencontrer beaucoup de situations difficiles dans ce stage là et c'était difficile pour moi et difficile pour les équipes	Débriefing émotionnel collectif

	aussi. Et du coup on avait des réunions parfois le matin ou même l'après-midi. On prenait le temps de discuter tous ensemble. Tout le monde lâchait son ressenti. C'est ça qui me touche. C'est plutôt ça qui est difficile pour moi. j'ai du mal avec ça.	
Interviewer	Et est-ce que tu as souvent vu d'autres internes qui ont eu la même situation mais qui n'ont pas réussi à pouvoir surmonter cette difficulté?	
Emma	Oui, il y en a qui sont plus réservés qui retiennent un peu plus tout ça puis après je trouve que ces personnes là les personnes qui n'arrivent pas à extérioriser à verbaliser qui vont être stressés, qui vont exploser d'un coup, voire s'effondrer d'un coup ou alors, c'est plutôt les filles, qui vont s'effondrer dans un coin en pleurant et puis....après il y a à qui vont être désagréables parce que tellement stressés parce que vont envoyer tout le monde rouler, qui ne vont pas du tout être disponibles et puis c'est là en général qu'il y a des tensions dans les équipes.	Isolement et refus de toute communication
Interviewer	Est-ce que tu as déjà eu un interne qui a eu des tentations suicidaires?	
Emma	Non je n'ai pas eu ça dans mon entourage.	
Interviewer	Tu as suivi quand même?	
Emma	Comment?	
Interviewer	Tu as suivi quand même que des internes ont des	
Emma	Oui	
Interviewer	Pourquoi? Quelle pouvait être la raison?	
Emma	Parce que c'est un métier difficile. L'internat est difficile eh.	Difficulté de l'internat

Interviewer	Dans quel sens?	
Emma	<p>Dejà dans la masse de travail eh eh, les journées sont longues. On a beaucoup de travail. On a beaucoup de patients à s'occuper. On a toute la paperasse derrière. Il y a tout à gérer. Comme je te dis dans une même journée on est dérangé par son chef., il y a l'avis du machin, il y a le sp qui vient voire votre chose, l'infirmière est débordée, il y a l'aide-soignante qui vient demandé si on prends le poids ou si ne prends pas le poids. On est énormément derangé.</p> <p>On a du mal à suivre le fil et ensuite on a malgré tout une grosse responsabilité je trouve c'est pas. On ne vend pas de fringues, on est là pour parfois prendre des décisions qui sont difficiles. Il y a tout ça et il y a aussi le patient parfois avec des situations qui sont compliqués. Des pathologies qui sont parfois lourdes et parfois c'est l'entourage c'est une prise en charge globale. La maladie révèle plein de choses si tu veux, après il va avoir le lien dans la famille. Ça révèle des soucis, des choses dans la famille, gérer la famille qui arrive aussi. Tout ça c'est difficile. Tout ça beaucoup de choses vraiment c'est très dense. Où on accumule plein plein de choses.</p>	<p>Surcharge de travail</p> <p>Complexité de l'internat</p>
Interviewer	Est-ce qu'il y a a eu des cas souvent où la famille elle-même t'a dit voici comment t'a aidé dans la prise en charge?	
Emma	Il y a eu deux cas, il y a des familles qui sont très aidantes.	
Interviewer	Dans quel sens?	

Emma	<p>Parce qu'elles comprennent, partout c'est toujours pareil, il faut toujours verbaliser. Il faut toujours expliquer à la famille, s'adapter à la famille. Mais il y a des familles qui comprennent bine quelle est notre intention. Pourquoi on fait comme ça que contrairement, les décisions sont parfois difficiles pour nous à prendre et qu'ils nous soutiennent un petit peu. On comprend que c'est difficile machin.</p> <p>Et à l'inverse il y a des familles qui sont très compliquées à gérer. On m'a demandé des choses que je ne voulais pas. On m'a demandé d'euthanasié les gens. C'était très difficile. On m'a demandé de et comme les gens sont pas d'accord non plus donc il y a une sœur qui vient elle ça et puis il y a une autre sœur qui vient, je ne suis pas du tout d'accord ou alors qu'ils veulent cacher des informations aussi. Ça arrive. C'est très difficile. La famille entre elle n'est pas d'accord. C'est compliqué à gérer ça.</p>	<p>Collaboration famille/internes</p> <p>Conflit de valeurs</p>
Interviewer	Est-ce qu'il y a des cas par exemple que des internes ont cédé à ce que la famille demandait.	
Emma	Non pas trop eu ça	
Interviewer	Mais tu as quand même eu à entendre cela des internes qui ont cédé à ce genre de choses.	
Emma	<p>Àa dépend pourquoi on va lâcher après ça ne sert à rien de se battre contre la famille, on va lâcher sur certaines choses. Mais tant que ça ne va pas à l'encontre de nos convictions et tant que ça ne met pas en danger le patient. Oui on peut lâcher sur certaines choses. Ça ne me dérange pas de lâcher sur certaines choses. Mais quand on demande d'euthanasier un patient.</p>	Conflit de valeurs

Interviewer	Bon bon est-ce que quelle est ta position sur l'euthanasie?	
Emma	Je suis contre. Parce que les familles sont compliquées. Ils sont compliqués. c'est difficile, on ne fait pas médecine pour avoir choix de vie ou de mort sur quelqu'un eh eh souvent quand les gens demandent l'euthanasie. C'est que le problème est ailleurs, c'est difficile pour eux d'accepter la fin de vie. C'est difficile pour eux d'accompagner le patient j'ai eu de très belles fins de vie, parfois difficiles mais très belles parce que la famille était soutenante, parce que le patient était bien accompagné et que tout était serein et en général quand ça se passe mal qu'il y a des demandes comme ça c'est que les gens ne sont pas soutenus. Ils sont tout seul dans leur lit d'hôpital ou que la famille elle ne se sent pas capable d'accompagner le malade c'est donc, pour non le problème il est ailleurs.	Déréliction
Interviewer	Bon est-ce qu'il y a eu un cas précis par exemple où la famille t'a demandé de faire d'arrêter la vie comment tu t'es senti? Comment tu t'es en sorti de là?	
Emma	C'était compliqué ça était très compliqué. On m'a demandé au texto, on m'a demandé de mettre fin à ces jours. le parent était demandeur, la famille était demandeuse et elle ne comprenait pas que je ne respecte pas les vœux du patients. Eh et moi je les ai expliqué que c'était pas comme ça que je n'ai pas fait médecine pour tuer des gens. Que ce n'était pas dans nos convictions. Que de toute façon la loi en France ne l'acceptait plus. Et ça c'est difficile et c'est justement là que cette personne n'était pas bien accompagné et que son teint est devenu	Honnêteté professionnelle

	utile et ennuyeux pour la famille. Mais ça a été compliqué et ça ne s'est pas bien passé avec la famille.	
Interviewer	Et que je pense tu des valeurs par exemple la responsabilité, la conscience, être consciencieux que penses-tu de valeurs par rapport au métier c'est-à-dire par rapport à l'agir dans le métier? Que penses-t?	
Emma	Par rapport à	
Interviewer	À l'agir	
Emma	Oui	
Interviewer	Est-ce que les valeurs t'ont aidé à vouloir resté?	
Emma	Non on est meilleur médecin quand on est droit dans ses bottes. Quand on connaît nos limites aussi. Je pense que c'est ça qui fait qu'on se sent bien dans ce qu'on fait. Il faut être en accord avec ce qu'on fait. Si je dis, si je dis amen à tous les patients et que si je fais quelque chose dans une consultation qui était à l'oncologie de ce que je voulais je ne suis pas bien. Je ne serai pas bien. Ça va me rester dans la tête. Alors si on suit sa ligne de conduite et qu'on sait à peu près puisqu'on veut aller ça permet d'être mieux dans son boulot que.	Honnêteté professionnelle
Interviewer	Bon est-ce que tu penses que le lien que tu as avec le superviseur. Ça l'aide dans la prise en charge des patients et dans la réussite de notre internat?	
Emma	Clairement	
Interviewer	Et comment tu fais pour garder ce lien là?	
Emma	C'est une rencontre avec son superviseur ne s'est pas aussi bien passé avec lui. Ça s'est aussi passé. C'est une confiance qui s'établit au fil du geste. C'est toujours dans l'échange. Je pense que c'est toujours donnant donnant. À	Confiance (progressivement) instaurée

	chaque fois, je pense que j'i beaucoup apporté. Je pense que derrière j'ai fait ce qu'il fallait et du coup comment dire on se sent bien en général quand on se sent bien avec la personne on se sent bien avec l'équipe. Ça se ressent avec les patients, on n'est bien.	
Interviewer	Bien est-ce qu'il y a eu un cas ou par exemple tu as eu des problèmes avec ton chef, est-ce qu'il y a eu des cas?	
Emma	Oui	
Interviewer	Est-ce que tu peux me compter un cas et comment tu t'es en sorti?	
Emma	Bon alors attends que je me souviene alors il y a eu un cas, des cas où je n'avais pas confiance en au chef c'était un chef que j'avais pas longtemps si tu veux, c'était pendant les vacances. Tu n'a pas le temps d'établir le lien. Je n'étais pas trop d'accord avec la façon dont elle fonctionnait, je ne trouvais pas la logique de ce qu'elle faisait. Du coup j'étais pas en confiance. Je n'avais confiance en ce qu'elle faisait je suis en train de te chercher un cas oui. Ça nous arrive par exemple aux urgences quand il y des intérimaires dont des gens qui ont juste une garde comme ça et oui c'est là. C'est ça que je cherchais comme exemple. Et aux urgences c'était un peu sous tension, t'es amené à gérer des cas qui te stressent quand même et ça m'est arrivé de faire des gardes avec des gens avec qui je n'avais absolument pas confiance et j'avais l'impression en suivant son avis de mettre la vie du patient en danger.	Méfiance des intérimaires
Internet	Oui et pourtant c'était un médecin plein déjà?	
Emma	Oui. C'était un médecin.	
Interviewer	Mais lui il ne m'inspirait pas confiance.	

Emma	Ah bon non je n'avais pas confiance dans sa prise en charge. J'avais pas confiance en la personne à ce qu'il me disait de faire.	Méfiance des intérimaires
Interviewer	Et comment tu t'es en sorti par rapport à ça? Comment tu as réussi à pourquoi t'es sorti dans ce cas là? Comment tu as réussi?	
Emma	J'ai demandé un autre avis en quelqu'un en qui j'avais confiance.	
Interviewer	À qui par exemple?	
Emma	Eh bon à un autre médecin des urgences qui était dans une autre unité. Je suis allé quand je n'étais pas du tout d'accord je ne me mettais pas la vie en danger de la personne. Et ça n'avait pas du tout d'impact à peu près comme je voulais. Et plus bien voilà. J'ai eu un cas vraiment c'était un patient que je voulais qui devrait être hospitalisé aux soins intensifs de cardio et qui ne voulait pas rentrer chez lui et là je me suis senti bloqué. Je suis allé voir un médecin qui était dans les urgences dans une autre unité et puis on l'a hospitalisé en soins intensifs.	Conflit avec le superviseur
Interviewer	Eh est-ce qu'il y a pas d'autres personnes qui t'ont aidé dans cette situation là. Le personnel les infirmiers.	
Emma	Si on était d'accord j'en discutais. Je disais le médecin veut ça mais moi je ne peux pas. Et puis sauf que après la décision finale je ne pouvais pas la prendre avec les infirmiers. Il fallait l'aval d'un senior pour valider ma décision.	Conflit avec le superviseur
Interviewer	Donc c'est lui décidait.	
Emma	C'est lui pour faire hospitaliser son malade. Je ne pouvais pas dire l'infirmier était d'accord avec moi. moi toute seule	Conflit d'autorité et de pouvoir

	petite interne. Je ne pouvais pas hospitaliser. Il fallait l'aval d'un sénior et mon senior, c'est lui qui était mon chef ne voulait pas et du coup c'est l'autre senior qui m'a donné son aval pour le faire hospitaliser.	
Interviewer	Donc tu as traversé l'autorité du senior pour aller prendre plutôt?	
Emma	Oui	
Interviewer	Bon maintenant quand l'autre a constaté que tu avais traversé, qu'est-ce qu'il a fait? Comment il s'est comporté?	
Emma	Il n'était pas content.	
Interviewer	Comment était la relation après?	
Emma	Comme elle était avant parce que de toute façon c'est quelqu'un qui ne parlait pas qui ne parlait pas qui étais tout seul dans son coin et qui faisait sa petite affaire. Donc il a continué à faire son truc.	Résignation du superviseur
Interviewer	Bon comment tu as pu gérer ça c'est-à-dire quand tu l'as vu, il était tendu? Comment il t'a répondu après? Comment est-ce qu'il s'est comporté après quand tu as traversé son autorité?	
Emma	Il s'est méfié, après la garde était tendu. De toute façon j'allais le voir uniquement quand j'avais besoin. je n'avais pas confiance. Quand j'étais sur de moi, je faisais mon truc et puis il voyait. Je ne sais si après je suis allé demander son avis ou pas.	Résignation du superviseur
Interviewer	C'était seulement pour une nuit ou bien?	
Emma	Non c'était seulement pour une nuit. c'est pour cela.	
Interviewer	Donc toute la nuit, tu as passé une mauvaise nuit, c'est ça?	

Emma	Oui parce que là on est hyperstressé, parce que là on se sent pour le coup toute seule pour gérer les urgences. Je n'avais absolument pas confiance en ce qu'il faisait donc du coup la responsabilité est sous soi et je disais vu que je ne pouvais pas avoir l'aval de mon sénior, c'est à moi de détecter si là on est devant une vraie urgence.	Résignation du superviseur
Interviewer	Et tu as eu combien de cas ce soir là?	
Emma	Une nuit on est surchargé, on voit hein, il y a plus de deux cents entrées par jour donc je ne sais combien j'ai géré de patients.	Surcharge de travail
Interviewer	Donc tu t'es comporté toute seule, tu as travaillé toute seule sans son aval. Est-ce que tu n'étais pas par exemple plus stressé ou moins stressé?	
Emma	Non non plus stressé puisque même si je fais le même travail avec un autre chef je sais qui jamais j'ai besoin je peux aller demander à un autre collègue. Après je me disais si j'ai un gros souci il y a toujours un autre sénior à côté à qui demander quoi.	Confiance instaurée
Interviewer	Bon est ce que ce sont les aides soignants qui t'ont aidé dans ton travail?	
Emma	Et ben oui.	
Interviewer	Comment?	
Emma	Dans une question de prise en charge globale, les aides soignantes sont les gens qui passent plus de temps auprès du malade puisqu'elles font les toilettes, elles font tout ça. Elles nous apportent énormément d'informations que nous on a pas. les patients vont dire aux aides soignantes ou avoir des comportements avec les aides soignantes que nous on ne connaît pas. Nous quand on fait la visite le	Collaboration interne-aide soignant

	temps qu'on a si on a 15 patients la matinée on ne passe pas beaucoup de temps avec les patients. Donc on passe à côté de pleines de choses. Il y a pleines de choses que les patients ne disent pas et qu'ils disent aux aides soignantes.	
Interviewer	Est-ce que vous lisez le dossier des infirmiers?	
Emma	Oui quand il y a besoin oui	
Interviewer	Et des aides soignantes?	
Emma	Automatiquement pas chez tous les patients mais quand j'ai besoin d'un renseignement savoir comment c'est passé la toilette par exemple, est-ce qu'il a eu mal pendant la toilette, quand il y a des problèmes au niveau moral quand il y a des petites notes de notées oui je vais regarder.	Collaboration interne-infirmière
Interviewer	Est-ce que tous les internes font ça ou bien c'est ta technique?	
Emma	Oui j'en ai vu d'autres	
Interviewer	Bon il y a aussi d'autres qui ne le font pas?	
Emma	Oui sûrement pas.	
Interviewer	Quand vous devez en charge vous êtes nombreux	
Emma	Ça dépend.	
Interviewer	Est-ce que tout le monde lit les dossiers des infirmiers	
Emma	Oui tout le monde ne lit pas.	
Interviewer	Si on te demandait de refaire ton choix de filière de spécialisation, est-ce que tu aurais fait le même choix?	
Emma	Oui	
Interviewer	Oui qu'est-ce qui t'aurait plus motivé maintenant?	
Emma	Plus motivé, je ne sais pas je l'étais déjà avant et ce sont les mêmes motivations depuis le début donc que, après que j'ai vu avec mes stages que c'était ça qui m'importait quoi.	Stabilisation de la motivation

Interviewer	Crois-tu que le fait de faire un stage au second cycle par exemple en chirurgie t'aide mieux à faire ton choix de filière de spécialisation ou bien ça ne t'aide pas?	
Emma	Si si. Tous les stages de l'externat c'est ça qui m'ont orienté et de me dire ça moi je n'aime pas et ça m'a conforté pour la médecine générale par exemple de faire mon stage en médecine générale en tant qu'externe et puis ça oriente.	Matérialisation de l'ambition poursuivie
Interviewer	Bon quels peuvent être encore d'autres facilitateurs c'est-à-dire d'autres éléments qui t'aident à faire ton choix et à réussir ton internat?	
Emma	Le passage en stage et ce sont les rencontres avec tous les médecins. C'est surtout eux qui nous forment et les autres internes qui nous font partager leurs passions. Moi je suis passé chez un médecin généraliste qui adorait ce qu'il faisait. Il faisait du très bon travail et cela m'a donné envie et je pense que si j'étais passé en stage avec quelqu'un de pas motivé, je me serait posé les questions si je devais faire médecine générale ou pas. et si j'étais passé chez un chirurgien passionné et avec qui le courant passe tout de suite, j'aurais fait la chirurgie.	Références à des formes professionnelles anticipées.
Interviewer	Est-ce qu'il y a eu des cas par exemple un interne a fait le choix d'une filière et maintenant après il a regretté?	
Emma	Oui. J'ai une copine qui voulait faire la pédopsychiatrie, après son internat elle est parti pour faire psychiatrie, elle a fait un grand remords pour faire la médecine générale.	Conversion identitaire rejetée
Interviewer	Elle a donc du répété pour faire la médecine générale.	
Emma	Oui	
Interviewer	Et qu'est-ce qui l'a poussé à faire ce retour là?	

Emma	Ça s'est mal passé dans son premier stage. Ça s'est mal passé avec ses chefs, ça s'est mal passé	Conflit avec les superviseurs
Interviewer	Elle t'a quand même dit comment ça s'est passé?	
Emma	Je ne pourrais pas donné de détails. Ça s'est mal passé et elle s'est posé beaucoup de questions et plus ça se passe mal on est moins motivé.	Amotivation
Interviewer	Est-ce que tu penses que la réussite de l'internat dépend de la relation que l'on a avec son chef, avec l'équipe?	
Emma	Oui je pense	
Interviewer	Il y a encore quoi qui peut aider l'interne à pouvoir réussir son internat d'après toi?	
Emma	L'entourage, au niveau perso aussi	
Interviewer	Quel entourage par exemple?	
Emma	Et ben quand on a un conjoint le conjoint ça fait les choses tout bête que les emplois du temps ça, le mode de vie ne va pas être le même en fonction de l'exercice, on aura pas la même qualité de vie si on est réa ou si on est médecine généraliste. Je pense que ça peut jouer aussi dans mes choix et dans mon choix d'activité	Collaboration du conjoint
Interviewer	Et le conjoint t'a apporté quoi? Qu'est-ce qu'il t'a apporté le conjoint?	
Emma	Soit l'un soit l'autre ou du soutien, il nous aide ou alors ça arrive qu'on a tellement du travail qu'on soit tellement submergé et que le soir on est pas disponible pour le conjoint non plus. On a envie de rien.	Collaboration du conjoint
Interviewer	Et quel est encore quels éléments peuvent encore aider pour pouvoir supporter le stress de l'internat?	

Emma	Pour supporter le stress de l'internat donc on a parlé c'est la bonne relation avec son chef, il faut qu'avec l'équipe ça se passe bien, le conjoint aussi, les amis, l'entourage il faut sortir. Il faut faire autre chose que la médecine	Harmonie autour de soi
Interviewer	Comment les amis t'aident?	
Emma	C'est une soupape que déjà que d'aller courir que d'aller faire de la musique. Ça permet d'évacuer directement le stress. Ça permet de penser à autre chose que son travail, de sortir un peu plus, de prendre aussi du recul par rapport à son boulot que de penser médecine toute la journée, d'en rêver.	Exutoire émotionnel
Interviewer	Est-ce que souvent ton père t'appelle souvent pour te demander comment ça va, comment tu te comportes?	
Emma	Oui on se voit beaucoup. on fait du sport ensemble.	Sérénité père-fille
Interviewer	Et pendant le sport, il te demande comment ça va. Est-ce que c'est ça qui te permet de rester au top ou bien c'est autre chose?	
Emma	Oui si ça permet aussi	
Interviewer	Bon qu'est-ce qui te fait rester au top?	
Emma	Mon père m'aide beaucoup. mon conjoint m'aide beaucoup. j'ai deux enfants qui m'aident beaucoup à penser à autre chose. Je fais de la musique. Je suis dans un orchestre et ça m'aide énormément et puis la course à pied.	Exutoire émotionnel
Interviewer	Est-ce qu'il y a d'autres collègues qui n'ont pas ce même confort on peut et qui ont des problèmes et qui parlent, qu'est-ce qu'ils disent qu'ils sont stressés par quoi?	
Emma	L'impression que j'ai c'est qu'il y a des gens qui restent dans la médecine tous leurs copains en général ce sont des études longues, on rencontre son conjoint là dedans, sa	Confinement des internes

	conjointe sera médecin, tous ces amis seront médecins. On s'isole un peu les études sont tellement longues tellement difficiles que c'est difficile de garder des liens avec des gens qui ne font pas médecine. L'impression que j'ai c'est que les gens restent entre eux, donc ils restent entre eux tout leur externat. Ils restent entre eux tout le temps et les discussions c'est quoi c'est les cours, les cas qu'il a eu c'est la médecine. C'est l'avenir dans la médecine. Ce n'est que ça. Bon il faudrait faire autre chose. Il faut sortir de là.	
Interviewer	Donc c'est ça qui les met dans le stress?	
Emma	Oui je pense et le fait aussi, le fait d'avoir des enfants et un conjoint ça m'oblige à ne pas étendre mes horaires ou de rentrer à 22h le soir. Je m'oblige à être efficace la journée pour m'occuper suffisamment tôt pour ma famille alors que par exemple j'ai une copine qui n'a pas de conjoint et qui n'a pas d'enfants et qui va sortir super tard du boulot. Elle passe ses journées au boulot. Je pense que ça ne les aide pas non plus bon à ce qu'on parlait tout à l'heure la soupape, de lâcher et prendre du recul pour tout ça.	Exutoire émotionnel
Interviewer	Le conjoint, il est médecin ou bien?	
Emma	Non. Rien à voir.	
Interviewer	Bon bon. Est-ce que le fait que ton conjoint n'est pas médecin est-ce que ça t'aide dans ton internat?	
Emma	Oui parce que je suis obligé déjà de parler d'autres choses. Il n'a pas envie de parler que de médecine à la maison. Eh eh ça aussi il a une vision différente un tout petit peu de moi. Il m'aide à prendre du recul sur certaines situations parce qu'aussi il a une vision de quelqu'un qui n'est pas du	Collaboration du conjoint

	tout médecin, qui est en dehors de tout ça. Puis ça m'aide par rapport à ça.	
Interviewer	Oui est-ce que des copines que tu as rencontrées qui ont des conjoints médecins et qui sont stressés. Tu as eu des copines comme ça?	
Emma	Je ne sais pas si elles sont plus stressées. En tout cas j'ai l'impression qu'elles ont plus de mal à prendre à sortir de médecine. Parce que le conjoint, il comprend qu'elle puisse sortir à 21 heures du soir parce que lui il va faire la même chose. Mais après sur le long terme. Je ne sais pas si ça	
Interviewer	Et est-ce que tu as eu des copines qui ont des conjoints qui n'étaient pas médecins mais qui étaient stressés? Est-ce que tu as eu des cas comme ça?	
Emma	Concrètement je ne sais pas si ça peut arriver. C'est pareil lorsque s'il y a des relations de couple de toute façon qui ne sont pas bonnes, on n'a pas envie de rester chez soi, on reste au boulot. Oui ça peut. La famille c'est très bien si il n'y a pas de souci. S'il y a des soucis dans la famille, ça va nous stresser, ça va ajouter un stress supplémentaire au travail.	Mobile dérivatif du travail
Interviewer	Bon que peut être l'apport de la famille dans l'internat?	
Emma	C'est dur et ça aide. C'est à double tranchant. Ça demande beaucoup d'organisation pour durer comme je te disais par rapport aux horaires les enfants que tu aies passé une mauvaise journée, ils ne vont supporter que tu rentres à 21 heures tous les soirs. Il faut un temps de pause pour avoir un temps pour chacun. Ça peut être stressant pour la thèse ou il faut énormément de boulot personnel. C'est beaucoup	Conciliation travail-famille

	de boulot qui fatigue, qui stresse et en même temps il faut être disponible. On ne fait pas ce qu'on veut avec les enfants. Donc ça par exemple pour ma thèse ça était plus difficile pour moi de passer la thèse avec les enfants plutôt si j'avais été toute seule. J'aurais géré mon temps comme je voulais. Mais là par contre ça a été négatif mais plutôt un frein de ce côté-là et inversement quand on rentre du travail avec deux enfants, on est obligé de toute façon d'oublier ce qui s'est passé dans la journée, on passe à autre chose.	
Interviewer	Bon est-ce que par exemple quand tu rentres le soir comme ça à la maison bon qu'est-ce que tu fais pour oublier l'hôpital parce que tu as dit il faut penser à autre chose. Qu'est-ce que tu fais pour oublier l'hôpital?	
Emma	Ah ben quand je rentre chez moi j'ai mes deux enfants qui me sautent dans les bras donc on a vite fait d'oublier la journée. C'est la première chose que je fais mes enfants. Je rentre tard donc je n'ai pas beaucoup de temps avec eux. Avant qu'ils soient couchés entre le temps je rentre et le temps que je suis couché c'est que mes enfants.	Conciliation travail-famille
Interviewer	Tu penses que eh le fait d'avoir les enfants. Est-ce que c'est tout pour oublier l'hôpital? C'est tout ou quoi encore?	
Emma	Non non. Moi c'est parce qu'ils sont petits ils me demandent beaucoup de temps. Et avant je faisais du sport, je faisais beaucoup de sport eh eh comme je te disais je faisais beaucoup d'activités à côté la musique, tout ça de sortir, d'aller faire un ciné, de sortir avec avec des amis,	Conciliation travail-famille
Interviewer	Bon est-ce que tu as le temps de manger équilibré. Tu as le temps de manger équilibré?	

Emma	Je m'oblige le matin et le soir pour mes enfants.	
Interviewer	Le matin quand tu sors est-ce que tu manges bien à la maison? Et à midi tu manges?	
Emma	Quand je suis à la maison avec mes proches oui je mijote, que ce soit équilibré on mange toujours ensemble. Vaut mieux que ce soit équilibré le matin quand je suis avec eux le weekend mais dans la semaine clairement non. Je fais un maximum pour travailler. Là je travaille matin c'est un peu différent. Je travaille sur mon temps de....	Conciliation travail-famille
Interviewer	Qu'est-ce qui peut t'amener à ne pas manger correctement?	
Emma	Je travaille en même temps. Je travaille sur ma pause de midi. Je ne prends pas le temps. J'ai d'autres choses à penser que de manger.	Surcharge de travail
Interviewer	Est-ce que le comportement alimentaire de tous les internes ou c'est toi seul?	
Emma	Par exemple à l'internat, moi je passais mon temps à l'hôpital, je mangeais rapidement. C'était équilibré. Je mangeais en peu de temps pour avoir un maximum de temps pour faire mes courriers. Tout finir et finir le plus tôt possible. Et j'ai des copains qui eux n'ont pas d'enfants et qui n'ont personne qui les attend à la maison et qui de toute façon dorment à l'internat. Ça leur est égale donc qui vont prendre une grande pause le midi et qui vont se prendre un deux heures parfois trois heures pour se pauser, le temps de manger, prendre un café avant de repartir travailler mais qui vont finir plus tard que moi	Conciliation travail-famille
Interviewer	Est-ce que très souvent il te manque d'avoir sommeil?	

Emma	Je suis une grosse dormeuse donc que c'est directement lié à mon travail. Plus mon travail va être épuisant, stressant, mes journées, des grosses journées oui là par exemple là maintenant je suis encore toute fraîche oui je manquais de sommeil de façon chronique parce qu'on veut tout faire la même journée et c'est compliqué.	Manque de sommeil
Interviewer	Et quels sont les éléments qui peuvent t'amener à être en insomnie, qu'est-ce qui peut t'amener?	
Emma	Rien. Je suis tellement fatigué que je dors. Par de problème d'insomnie. Les enfants qui me réveillent la nuit.	Conciliation travail-famille
Interviewer	Bon maintenant qu'est-ce qui t'amène à développer des stratégies de défense quand tu es vraiment stressé?	
Emma	Quand je suis stressé, je le sais toute suite. C'est de prendre du recul c'est comme je te disais tout à l'heure c'est de hiérarchisera ce qui important et ce qui n'est pas important et de lâcher un maximum de ce qui n'est pas important pour ne pas se surcharger.	Hierarchisation des tâches
Interviewer	Bon quand tu dis qu'il faut prendre du recul comment tu fais pour prendre du recul? Comment tu fais?	
Emma	Je pause et je je..... comment le dire (silence) j'en parle beaucoup avec mon conjoint, on va en discuter et puis moi je ne peux pas te dire comment je fais toute suite de cibler ce qui peut être repoussé et ce qui faut que je fasse absolument maintenant. Et puis de m'organiser. Ce qui m'aide c'est d'être organisé. Quand j'ai beaucoup de travail par exemple ma thèse c'est difficile ma semaine est rythmée au couteau quoi je sais mes enfants je n'ai pas de choix, mes enfants je n'ai pas de choix, il faut travailler pendant leur sieste. Je me dis il me faut un planning et puis	Conciliation travail-famille

	il faut que je tente de faire ça à ce temps en essayant d'intercaler tout ça de faire les tâches ménagères, de mettre tout ça dedans.	
Interviewer	Bon quand tu es à l'internat vous faites les cours à l'hôpital ou bien vous rentrez à la faculté?	
Emma	Les cours en médecine générale ils sont sur la fac d'Angers c'est regroupé par journée de cours.	
Interviewer	Oui donc par exemple il y a tels nombres de jours de stages et tels nombres de jours de	
Emma	On est détaché pour les jours de	
Interviewer	Oui vous partez pour la fac	
Emma	D'Angers	
Interviewer	Est-ce qu'il y a vraiment un lien entre ce qu'on fait à l'école et ce qui est en stage?	
Emma	C'est nous qui choisissons nos cours. On a toute une liste de cours et c'est nous qui choisissons les dates. Et donc en général. C'est mieux de choisir le cours qui est directement en lien avec le stage qu'on fait.	Alternance
Interviewer	Bon quand tu fais le choix d'un cours par exemple, tu te dis que, tu suis le cours, quand tu reviens est-ce que quand tu reviens en stage tu es plus efficace ou bien tu es il faut encore trop cherché pour pouvoir voir le lien entre ce que tu as fait en cours et le stage?	
Emma	Non si on choisit bien on peut mettre en application assez vite donc que. C'est pour cela qu'il faut directement un lien soit directement avec le stage ou avec la pratique.	Alternance intégrative
Interviewer	Mais est-ce que les jours,	

Emma	Si on choisit bien on peut toujours trouver un intérêt entre le cours. On ne retient pas tout mais il y a quand même quelques idées pratiques qu'on peut mettre en application très rapidement.	Appropriation
Interviewer	Quand tu es en stages comme cela n'est-ce pas tu apprends mieux ou bien tu saisis mieux le cours parce que tu es en stage ou bien tu saisis le cours avant de venir l'appliquer?	
Emma	Non. Je trouve qu'il faut d'abord être confronté à la situation avant de saisir le cours.	Apprentissage en situation de travail
Interviewer	Donc tu apprends mieux dans le travail?	
Emma	Oui j'apprends mieux dans la pratique. Après les cours ça m'aide à appuyer certaines notions à rajouter un peu plus du contenu mais la meilleure façon d'apprendre c'est vraiment la pratique.	Apprentissage en situation de travail
Interviewer	Oui et bon maintenant tu es face à un cas par exemple qui est difficile pour toi tu n'arrives pas à t'en sortir tu appelles ton chef, il te dit fais ceci fais ça fais ça n'est-ce pas bon maintenant tu fais ce qu'il fait bon est-ce que tu rentres lire le cours ou bien tu restes à ce niveau là?	
Emma	Non. Il faut faire des recherches.	
Interviewer	Donc tu rentres lire le cours?	
Emma	Oui	
Interviewer	Pour pouvoir formaliser ce que tu as eu à avoir comme difficultés ou bien quoi?	
Emma	Quand ça se passe comme ça je suis obligé d'appeler mon chef pour faire alors quand il y a soit il ya des fois je suis vraiment en difficulté mais si j'ai le temps de réfléchir c'est moi qui fais mes recherches, je fais une biblio. Je vais	Régulation rétroactive

	chercher des informations puis après je vais discuter avec mon chef pour voir si ça va ou pas. eh eh soit l'urgence elle est absolue et là le chef gère. Moi par contre derrière je vais faire je vais rechercher dans mon cours dans la biblio pour trouver la réponse.	
Interviewer	Bon. Est-ce que le cours que tu vas faire à la fac d'Angers, est-ce que ça vient renforcer ce que ton chef t'a dit ou bien il y a décalage?	
Emma	Il y a forcément un décalage parce que les cours sont actualisés parfois ce sont les derniers, en médecine il y a différentes façons de faire, il y a des façons de faire à l'ancienne donc il y a parfois des décalages entre ce qu'on nous apprend au cours et ce qu'on nous dit de faire en stage.	Décalage entre théorie et pratique
Interviewer	Bon parce que dans la pratique il y a les savoirs faire et il y a aussi les savoir y faire par exemple quand il y a un cas difficile tu dis bon j'ai appris ceci j'apprends ceci mais voici un cas qui est différent. Qu'est-ce que je fais? Tu n'avais pas encore fait, le cours t'aide à ce moment là ou bien c'est le chef qui t'aide?	
Emma	C'est l'expérience en général. Les chefs ils ont déjà vu pleins de situations ils ont déjà probablement eu à faire cette situation là, ils ont fait des atteintes à l'époque, ils ont tiré des conclusions. Et ça ça nous aide effectivement et il n'y a pas mieux que l'expérience en médecine. Il n'y a que les personnes plus âgées que nous pour nous aider quoi.	Capitalisation expérientielle
Interviewer	Est-ce que à ce moment là quand par exemple tu as réussi ce qu'il t'a dit de faire, il t'a dit voilà ce qu'il faut faire. Quand tu rentres en faculté est-ce que tu vois que ce qu'il	

	t'a dit de faire est-ce que c'est normalement ce qu'il fallait faire?	
Emma	Par toujours. Ça arrive que ce soit en décalage. Après c'est toujours pareil il faut faire la part de choses et on apprend vite quand on est en stages. Il faut faire la part de choses entre l'enseignement théorique et l'enseignement pratique et l'expérience.	Pratique réflexive
Interviewer	Et quand tu exposes ça par exemple quand tu es en cours théorique, quand tu dis par exemple j'ai eu tel cas j'ai fait ceci j'ai fait ça, le professeur théorique par exemple qu'est-ce qu'il dit par rapport à ce que tu as fait?	
Emma	Il le sait quand on en parle on a des groupes d'échanges de pratiques. Nous on a tous eu les cours théoriques et effectivement il faudrait faire ça ça et on sait tous on a toujours eu des cas ou on avait pas fait comme on avait appris parce que on fait par rapport à la situation par rapport à la personne qu'on a en face de nous quoi.	Adaptation par situation-problème
Interviewer	Est-ce que le cours par exemple le cours que tu reçois en faculté, est-ce que ça t'aide entièrement à gérer la situation ou bien il faut encore renforcer ça avec des	
Emma	Avec l'expérience et la base. Nous on apprend les bases, les grandes lignes, la conduite à tenir. Ce qui est compliqué c'est pas tant la conduite à tenir eh eh je dis des bêtises mais il y a une hypokaliémie on fait ça ça. C'est facile après, c'est toute l'étape de diagnostic déjà qui est difficile et puis ensuite c'est là qu'on a toujours utilisé les médecins on a toujours ce petit truc ce petit œil ou ils arrivent tout suite à voir, J'avais un médecin là l'an dernier, il se faisait le diagnostic mais en 5 minutes, il demande au patient. Il	Différenciation expérientielle

	<p>avait l'œil, il avait toute suite les bonnes questions, il avait toute suite quelque chose qui lui permet de faire son idée. Il a une façon de poser les questions, il a une façon d'examiner ou il va toute suite aboutir ce qu'il veut. Et nous on va bien que nous on patauge. Il nous faut plus de temps pour enregistrer. Et on voit aussi que on a plus en plus à l'aise dans certaines situations parce qu'on les a déjà vu avant.</p>	
Interviewer	Et pour toi quels sont les critères pour être un bon interne?	
Emma	<p>Il faut avoir de bonnes bases théoriques et après il faut savoir s'adapter. L'adaptation vraiment à chaque patient parce que j'ai vu des internes qui étaient très bien classés à l'ECN et qui devant un patient était complètement perdu. Et inversement des gens un petit peu moins classés en théorie un petit peu moins bon sur le papier et qui arrivaient à utiliser à se faire une idée du patient à sentir certaines choses qui les a mis dans la bonne direction. Il faut l'observation, observer le patient dans tout ce qu'il dit, il y a toute la gestuelle il y a il faut savoir observer il faut savoir examiner toucher eh eh.</p>	Désappropriation des connaissances
Interviewer	Oui et penses-tu de la pratique réflexive c'est-à-dire que c'est-à-dire de la réflexion sur l'action que penses-tu de ça?	
Emma	<p>Il faut savoir analyser chaque situation et puis aussi après ce qu'on disait il faut débriefter après la situation il faut les debriefter pour savoir ou est-ce que on a été bon ou est-ce qu'on n'a pas été bon et puis pour la prochaine fois savoir que pour la première fois j'ai fait ça je n'ai pas été et là ça nous fait penser et être meilleure la prochaine fois.</p>	Régulation proactive

Interviewer	Oui est-ce qu'il y a des cas par exemple ou tu as débriefé le même cas se présente tu fais ce qu'il fallait faire et ça ne marche pas c'est arrivé?	
Emma	Oui ça du m'arriver....	
Interviewer	Et comment tu as fait alors parce que ça génère du stress parce que tu te dis carrément que bon moi c'est ça normalement qu'il fallait faire j'ai fait mais ça ne marche pas?	
Emma	Okay après il faut reprendre toute l'histoire toute la consultation et puis voir pourquoi ça n'a pas marché dans ce cas quoi, pourquoi je n'ai pas pu adapter ce que J'avais appris, ce que j'ai tiré de mon enseignement pratique et théorique pourquoi cette fois ci ça n'a pas marché, est-ce qu'il y a forcément quelque autour duquel je suis passé que j'ai loupé quoi.	Régulation rétroactive
Interviewer	Bon. Combien de temps mets-tu dans les études, le temps pour apprendre, le temps consacré à l'internat par exemple une journée à 24 heures tu mets combien de temps pour pouvoir dans ton internat?	
Emma	Je n'ai pas de temps sur une journée. Là on a une nouvelle réforme au niveau du temps de travail qui oblige le chef à nous laisser du temps pour travailler. Donc que.....	
Interviewer	Bon si par exemple tu prends 24 heures combien de temps tu mets dans l'internat comment tu repartis ça?	
Emma	Une journée type si tu veux, tu commences en gros tu peux aller jusqu'à 19 heures si tu veux dans la pause de midi tu essayes de prendre une heure pour travailler tu as le temps pour faire le travail perso ensuite le soir je vais te dire que	Surcharge de travail

	je compte aller jusqu'à 19 heures 21 heures s'il y a mes enfants puis ensuite je me repose avec mon conjoint.	
Interviewer	S'il fallait par exemple mettre en place, si par exemple on te demande quels sont tes besoins maintenant là c'est-à-dire quels sont tes besoins pour que tu puisses être performante dans ta pratique qu'est-ce que tu vas dire?	
Emma	Moins de paperasses. C'est le.....c'est le côté administratif qui est pénible en médecine c'est que ce soit à l'hôpital ou en ville par exemple sur une visite à l'hôpital une matinée je passe plus de temps sur mon ordinateur que dans la chambre du patient, je trouve pas trop normal	Abondance de formalités
Interviewer	Bon parce qu'aussi les paperasses c'est beaucoup plus pour la justification puisque que quand tu écris mal il faut documenter pour dire que j'ai fait ça j'ai fait ça j'ai fait ceci parce que si tu ne dis pas et que par exemple le patient porte plainte tu n'auras aucune preuve de ce que tu as fait donc il faut c'est mieux de de	
Emma	On le fait ce qui est il faut le faire alors pour ça. Si jamais le patient porte plainte eh eh eh et puis que le médecin qui arrive le vendredi soir et puis c'est le médecin de garde qui ne connaît pas le patient qu'il sache ce qui s'est passé. N'importe qui a besoin d'informations il faut noter après c'est par exemple le temps d'allumer l'ordinateur le temps que la bio elle se charge c'est toute la lenteur de tout ça et puis il faut cliquer partout et qu'il faut mettre dans plusieurs par exemple quand tu es en médecine générale et que tu vois des enfants il faut que tu notes tout ça sur ton ordinateur et que tu notes tout ça sur le carnet de santé,	Abondance de formalités

	c,est tout ça qui apporte de la lourdeur. Puis après il faut il y a tout un tas de paperasses à remplir ça c'est le.....	
Interviewer	Et maintenant est-ce qu'il n'y a pas autre besoin que tu manifestes?	
Emma	En tant qu'interne?	
Interviewer	Oui tu as dit que un paperasses deux tu peux proposer quoi	
Emma	Je ne sais pas. moi j'étais bien dans mon internat. Ça n'a pas.	
Interviewer	Tu as fini l'internat	
Emma	Je finis là là.	
Interviewer	Et tu vas finir quand?	
Emma	Là dans un mois.	
Interviewer	Ça veut dire que tu es en train de finir l'internat. Ça veut dire que tu es presque à la fin. Oui bon ça veut dire carrément que tu as une bonne expérience par rapport à ceux qui commencent? S'il fallait par exemple eh eh eh dire que voici les besoins pour une personne qui est en internat tu dis moins de paperasses quoi encore.	
Emma	C'est sur la gestion du temps de la journée c,est ce qui est compliqué c,est en on a en tout cas vous voyez le parcours c,est courir tout le temps, du temps qu'il faudrait pour tout faire quoi. C,est ça que j'ai trouvé difficile moi j'ai très bien vécu mon internat j'ai eu c,est l'idée si tu veux de courir toute la journée	Gestion du temps
Interviwer	D'après toi comment comment est-ce que on peut gérer le problème de paperasses? Comment est-ce qu'on peut gérer ça? Tu as quand vu des cas ou il fallait par exemple ou tu as plus gérer cela parce que quand tu es en train d'écrire le	

	temps que tu perds par exemple pour aller apprendre quelque chose. Comment tu as ou bien comment penses-tu qu'on peut gérer ça?	
Emma	<p>Les ordinateurs qui vont plus vite ou bien que ça. Vraiment on ne peut pas passer c'est compliqué tu t'as tellement de boulot quand tu dis tu as 15 patients en charge, tu as 15 courriers potentiels ça ça prend du temps mais ça tu es obligé de tout faire tu es obligé de relire les bio, tu n'as pas le choix après c'est nous laisser de loin être interrompu</p> <p>c'est ça qui est quand on est interrompu dans les tâches c'est ça qui est compliqué aussi parce que tu perds du temps à te remettre dans le dossier. Tu perds le fil de ta réflexion mais ça c'est compliqué s'il faut mettre du boulot après concrètement.</p>	<p>Surcharge de travail</p> <p>Distraction au travail</p>
Interviewer	Est-ce qu'il faudrait relever les données au fur et à mesure ou bien il faut attendre la fin de la journée pour relever?	
Emma	Alors les données comment?	
Interviewer	Par exemple quand tu es par exemple là tu as un cas il faut enregistrer les données là là là quand tu finis le cas ou bien est-ce qu'il faut classer?	
Emma	Non. Il faut l'enregistrer maintenant sinon tu oublies. Tu oublies tu as tellement de choses tu as 10 patients dans la journée ça veut dire 10 examens différents, 10 interrogatoires différents, 10 biologies différentes, il faut déjà retenir tout ça	Surcharge de travail

	plus tout ce que tout ce l'infirmiere vient parler quand tu est sur un autre cas. Elle va te dire non non toute suite il faut que tu me fasses ça, donc le temps de se déconnecter du truc, de penser à l'autre truc de se remettre dans le dossier et ensuite il faut revenir sur ce que tu faisais, tout ça ça prend du temps. Non en tout cas moi je n'ai pas la mémoire pour il faut que je note toute suite	Distraction au travail
Interviewer	Bon penses-tu que le personnel peut t'aider dans le relevé des notes?	
Emma	Il m'aide déjà là. Elles mettent toutes les constances. Elles mettent déjà toutes les trucs à eux. Non après c'est le médical, c'est moi qui fais l'examen c'est moi qui voit les choses de cette façon là, c'est orienté quand c'est écrit. Tu vas à l'essentiel mais du coup il faut qu'on comprenne ou est-ce que tu veux en venir toute suite quoi. Il n'y a que toi qui le peux le faire.	Collaboration interne-infirmière Asymétrie de la décision médicale
Interviewer	Bon est ce que par exemple une enregistreuse ne peut pas t'aider par exemple à relever tout ce que tu as fait toute la journée et puis maintenant le soir tu t'assois 1 ou 2 heures?	
Emma	Oui même si tu enregistres il faut taper après. Si tu enregistres il faut taper après tout ça sur l'ordinateur, il faut le retranscrire.	Surcharge de travail
Interviwer	Oui tu as plusieurs cas, il faut que tu apprennes il faut que tu finisses. Est-ce que par exemple le fait d'enregistrer maintenant le soir quand tu finis maintenant tu t'assois au	

	bureau tu relèves tout ça cas par cas, ça serait une bonne chose pour toi. Ça c'est une perte de temps. Tu n'as pas le temps de faire tout ça le soir de revenir.	
Emma	Tu ne peux te reposer sur tous les cas. Ce que tu fais le matin tu vois tous les patients, tu notes sur ta feuille les patients qui posent problème qu'il va falloir que tu prennes l'après midi. De toute façon l'après midi le temps que tu aies pris tous tes avis, il faut que tu fasses tes gestes. Si tu as une ponction lombaire, il faut que tu fasses. Tu n'as pas le temps, il faut courir. Après qu'est-ce qu'on fait on fait des contre visites le soir de toute façon tu vas rediscuter tous les patients avec ton chef et avec l'infirmier. Ça ça te permet de faire un bilan. Après il faut que tu te retapes tout ce que tu as fait le matin pour moi c'est une perte de temps.	Gestion du temps de travail
Interviewer	Bon est-ce que par exemple quand tu refiles comme cela tu essayes de voir aussi ce que l'infirmière a fait parce que l'infirmière relève aussi dans son ordinateur tu essayes de comparer les constances.	
Emma	Oui pour certains patients oui qui le nécessitent mais pour les patients que vraiment tu surveilles par exemple tu attends ce que fait l'infirmière. En général quand je reviens de manger en début d'après midi elles ont fait leur transmission j'aime bien les voir les infirmières pour leur demander s'il y a eu des choses de nouveau. Est-ce qu'il y a des choses de particulière je fais en général avec les infirmières en début d'après midi et puis après je me tiens au courant, je ne fais pas ça pour tous les patients. Tu ne peux pas faire ça pour tous les patients.	Collaboration interne-infirmière

Interviewer	Bon maintenant le fait de courir, parce que tu as dit second besoin c'est que on court beaucoup. comment penses-tu qu'on peut gérer ça?	
Emma	Je pense que c'est du manque de personnel. Si on avait moins de patients on courait moins. Bon pas de patients on a pas de boulot c'est sur.	Pénurie de personnel
Interviewer	Donc tu penses que c'est le fait du manque du personnel ou bien c'est quoi?	
Emma	Oui. Il manque du personnel et tout le monde court. Ça c'est sur. C'est sur après. Les infirmiers les aides soignants il en manque du personnel. Elles courent partout. Elles sont fatiguées et du coup elles sont moins disponibles. Il peut se passer aussi moins bien. Et puis les internes c'est difficile parce que il ne faut pas aussi être trop pour ne pas se marcher dessus. Oui.	Épuisement du personnel
Interviewer	Est-ce que pour moins courir il faut recruter plus d'infirmières plus d'aides soignantes ou bien il faut recruter plus de médecins. Plus de personnels paramédical, ça c'est sur. Ça t'éviterait de courir n'est-ce pas.	
Emma	Oui oui. Ça éviterait de courir. Elles seraient plus reposées, elles seraient moins. Elles courent elles sont débordées, elles déchargent tout ça sur toi. Et elles sont du coup stressées. Elles ne prennent pas de recul. Elles ne prennent pas de recul sur ce qu'elles font, elles courent. Elles viennent tout le temps te chercher, elles veulent de l'aide de l'aide. Ça ça nous aiderait après il faut faire des unités ou les médecins auraient moins de lits, ça nous laisserait le temps de faire une visite plus calme. De prendre plus le temps pour chaque patient. Et puis du coup moi si j'avais	Épuisement du personnel

	<p>moins de patients j'aurai plus de temps pour faire la recherche pour chaque patient. Donc on irait plus vite c'est sur.</p> <p>Quand on a 10 patients 15 patients il y en a qui passent à la trape. On peut prendre les longueurs. Il y a souvent on peut prendre une journée deux journées pour un patient parce qu'on aura pas eu quasiment le temps de s'attarder sur ce cas là et on aura pas avancer.</p>	Surcharge de travail
Interviewer	Bon penses-tu que le fait pour les infirmières d'être stressé est-ce que c'est parce que elles ont un manque de connaissances par rapport à des cas ou c'est quoi. Qu'est-ce qui fait à ce que elles soient stressés à courir par ci par là.	
Emma	Parce qu'elles ont énormément de soins à faire. C'est pareil si on prend leur journée elles ont le même nombre de patients que nous. Elles ont un petit moins de patients à gérer cela veut dire toutes les prises de sang à faire, les poses de perfusions, les pansements, le tour des médicaments. Elles donnent tous les médicaments. Toutes les constances. Il faut qu'elles notent tout ça dans un ordinateur. Il faut qu'elles tracent tout ce qu'elles ont fait l'ordinateur ensuite il faut qu'elles fassent leur transmission entre elles il faut qu'elles notent dans le cahier tout ce qu'elles ont fait. C'est trop de travail. Elles ont trop de choses. C'est trop de choses là ou on ne demande plus de réfléchir on demande juste de faire les choses mais elles sont débordées.	Surcharge de travail

Interviewer	Oui que penses-tu de la consultation infirmière?	
Emma	C'est bien.	
Interviewer	C'est-à-dire que par exemple les cas faciles par exemple on donne aux infirmières c'est elles qui consultent les cas difficiles on envoie au médecin est-ce que ça devrait réduire les cas ou courir beaucoup?	
Emma	Tu ne peux pas puisque on a la même formation. Moi je ne laisserai pas l'infirmière faire la visite. On a pas le même métier. On a pas la même formation. On a pas à lui demander ce que je fais moi. On voit quand on discute qu'on a pas les mêmes façons de voir les choses.	Dissemblance paradigmatique
Interviewer	Oui parce qu'au Québec par exemple les infirmières consultent quand même.	
Emma	Mais elles vont consulter sur par exemple l'éducation c'est les choses comme ça.	
Interviewer	Non non elles consultent c'est-à-dire qu'elles font de consultations mais ce qui est certain c'est qu'elles ne prescrivent pas. par exemple quand le patient arrive elles demandent tu as quel problème, tu es venu pourquoi tu as pris quoi, le médecin maintenant quand il a le cas devant lui il sait que c'est tel cas tel cas tel cas. Voilà ce que je vais poser comme question.	
Emma	Dans ce cas consulter Ah oui ça ça pourrait marcher elles savent très bien le faire.	
Interviewer	Est-ce que ici cela se fait?	
Emma	Elles le font mais elles le font pour elles. Et elles ne nous disent pas. donc elles ont une petite observation qu'elles font pour elles. Mais nous nous eh eh il n'y a pas partage de ces informations. Elles vont le dire aux transmissions	

	mais on ne s'en sert pas de tout ça. Oui elles pourraient très bien faire le travail déjà avec tous ces antécédents, quels médicaments ils prennent, pourquoi ils sont là, quelle est leur histoire, et ça nous avancerait.	
Interviewer	Et si elle faisait ça ça vous éviterait de courir n'est-ce pas?	
Emma	Bien sur ça nous avancerait et puis après il faudrait qu'elles soient plus précises et puis qu'elles le fassent vraiment de façon consciencieuse. Parfois on n'a que la moitié des informations dont quand les infirmières prennent le traitement nous on va tout prendre toute la posologie, à quel moment, on va faire attention à tout, les antécédents. On a besoin de tout des détails. Alors que quand on prend les interrogatoires des infirmières ça va être un aperçu vite fait. Et si elles le faisaient de façon précise cela nous avancerait d'avoir quelque chose de partager.	Collaboration interne-infirmière
Interviewer	Bon tu as dit eh eh moins de paperasses, tu as dit éviter de courir. Quoi encore, qu'est-ce qu'il faut encore t'amener à réussir, les besoins.	
Emma	Le temps de formation qu'on nous laisse mais c'est depuis de plus en plus fait qu'on nous laisse du temps pour se former pour	
Interviewer	Ça veut dire quoi?	
Emma	Qu'on nous détache par exemple un après midi qu'on est pas à gérer le service et qu'on se consacre à la recherche. à apprendre quoi à faire la recherche directement avec nos cas. Ce qui nous manque le temps qui manque c'est de pouvoir faire mes recherches directement en lien directement avec les cas que je travaille. Parce qu'on a nos cours à la fac et ce n'est pas sur un cas précis. Et ce que je	Manque de temps pour la recherche

	trouve intéressant quand j'ai un cas qui me cause du souci c'est pouvoir directement faire la recherche sur ce cas là. Et ça actuellement avec les organisations de la journée ce n'est pas possible si tu n'es pas là pour gérer le service personne ne le fera à ta place et c'est toi qui va te trouver à faire le boulot à un moment ou à un autre.	
Interviewer	Et comment penses-tu qu'on peut gérer ça?	
Emma	En nous détachant demi journée si on avait deux demi journées dans la semaine.	
Interviewer	Mais c'est déjà là c'est-à-dire que quand j'ai causé avec madame Petit elle me disait qu'il y avait deux demi journées.	
Emma	Le problème des demi journées c'est qu'elles sont groupées donc tu vas avoir un mois et demi en stages après tu vas avoir 15 jours ou tu ne travailles pas pour faire ta recherche.	Désajustement en situation de travail
Interviewer	Donc tu voulais que ça soit demi journée tous les jours.	
Emma	Pas tous les jours, par exemple deux fois par semaine par exemple deux après midi. Même un après midi dans la semaine ça pourrait suffire mais ça va être plus ou moins c'est très bien ce qu'on a réussi à avoir mais tu vois j'étais à l'hôpital cet hiver et tu trimes pas possible pendant un mois et demi et après tu vas être 15 jours ou tu ne fais plus rien que tu es tellement fatigué tu en as tellement marre que tu n'as pas envie de travailler. Alors moi j'ai travaillé le matin j'ai travaillé l'après midi. Tu n'as plus envie alors que si c'était intégré tu restes dans le service par exemple on ne te dis pas tu restes dans le service tu restes dans ton bureau et tu fais des recherches. Et du coup j'aurai envie	Désajustement en situation de travail

	de faire la recherche directement en lien avec mes patients. Parce que quand c'est à la fin et que tu es chez toi tu n'as plus envie de faire ça.	
Interviewer	Et maintenant bon. Est-ce qu'il y a encore un autre besoin que tu peux manifester à part le temps de formation?	
Emma	Ce qui est important après c'est le lien avec le lien avec le lien avec les autres médecins, le lien entre les spécialités qui n'est pas forcément toujours optimal, c'est important pour notre formation.	Incohésion entre spécialistes
Interviewer	Oui comment ce lien devrait être renforcé d'après toi.	
Emma	Il y a des staffs qui sont faits, des réunions entre médecins,	
Interviewer	Bon toi en tant que médecin généraliste comment tu es considéré par le médecin de spécialité?	
Emma	Comment je suis considéré? Comme je me sens considéré?	
Interviewer	Oui	
Emma	Je trouve quand même que les spécialistes ont de plus en plus une bonne image du médecin généraliste comme avant on voit bien certains médecins généralistes celui qui n'a pas réussi au concours. Au moins je ne trouve pas au moins qu'on essaye de différencier. Je trouve que le lien se fait assez facilement. En tant qu'interne de médecine générale en tout cas je me suis senti bien dans toutes mes spécialités. Je ne me suis pas senti jugé par rapport à ça. Et après il y a le rôle de l'internat aussi moi j'ai fait toutes mon internat au moins parce que je voulais me faire connaître et les gens quand ils savent que tu travailles bien ils te font confiance même quand tu es en ville tu les appelles il y a aucun souci.	Considération du médecin généraliste (par le spécialiste)

Interviewer	Bon est-ce que entre vous étudiant là il y a quand même ceux qui font spécialités il y a aussi ceux qui font médecine générale, comment entre vous étudiants comment vous vous comportez?	
Emma	Pareil, il y a certains qui pensent qu'ils sont meilleurs parce qu'ils sont sp. La plupart du temps on est mélangé dans la même galère en stage. De toute façon.	Déconsidération du médecin généraliste par le spécialiste
Interviewer	Eh eux ils pensent qu'ils sont des surdoués parce qu'ils sont en spécialités?	
Emma	Oui, il y en a carrément.	
Interviewer	Vous n'êtes pas des sous médecins c'est ça?	
Emma	Oui c'est ça.	
Interviewer	Bon quoi encore quels besoins tu peux encore	
Emma	C'est difficile de trouver.	
Interviewer	Toi tu as beaucoup d'expérience n'est ce pas? tu as fini il faut aider maintenant ceux qui vont entrer.	
Emma	Tu as raison. C'est difficile de trouver. C'est difficile de trouver les besoins. Qu'est-ce qui peut être besoin. il faut que le sénior soit présent.	
Interviewer	Donc le sénior n'est pas souvent là?	
Emma	Il y a des fois on peut rester tout seul dans le service.	Absence du superviseur
Interviewer	Et comment tu apprends.	
Emma	Bon comme tu peux.	
Interviewer	Comment?	
Emma	Tu te démerdes, tu te .	

Interviewer	Comment tu te démerdes? Comment tu réussis à t'en sortir?	
Emma	<p>Tu demandes de l'aide à qui tu peux. Tu demandes de l'aide à ton co interne.</p> <p>Tu demande de l'aide aux infirmiers.</p> <p>Tu vas chercher sur internet ce que tu peux. Tu reprends tes bouquins. Tu fais comme tu peux.</p>	<p>Collaboration interne-interne</p> <p>Collaboration interne-infirmière</p> <p>Recours aux documents électroniques et papier</p>
Interviewer	Et quand il revient qu'est-ce qui se passe entre vous?	
Emma	En général il y a moins de soucis et tout se passe très bien. Parfois il reprend la visite en main et il le fait tout seul. Il fait comme il a envie. Il démonte tout ce que tu as fait. Il fait comme il a envie et voilà.	Déconsidération du travail de l'interne
Interviewer	Il te dit carrément que tu ne connais pas?	
Emma	Non il ne dit rien. Il dit ça ça	
Interviwer	Mais quand il fait tu sens qu'il a tout mis de côté ce que tu as fait?	
Emma	Oui il y a certain cela arrive oui.	Dévalorisation du travail de l'interne
Interviewer	Bon est-ce que très souvent ils ne sont pas là. Ou bien si par exemple on prend 10 jours, ils sont présents pendant combien de jours?	
Emma	Dans la semaine en général, ils font deux visites par semaine.	Absence du superviseur
Interviewer	Donc ils sont au service deux fois?	

Emma	Oui le matin. Oui c'est ça deux ou trois fois par semaine. Et puis le reste on est tout seul. Et puis ils viennent tous les soirs pour faire une contre visite. Ils viennent une demi heure le soir pour faire un point.	Absence du superviseur
Interviewer	Bon pour toi que penses tu est-ce que ça t'arranges quand ils font ça?	
Emma	Non parce qu'on ne profite pas de leur expérience, on ne profite pas de leur savoir aussi, oui du coup c'est très bien il faut qu'on soit tout seul pour se débrouiller mais tout le temps quoi.	Dévalorisation des savoirs d'expérience
Interviewer	Bon quoi encore? Quels besoins encore peux-tu encore manifester?	
Emma	Il faut que tout le monde puisse avoir accès au choix des stages aussi c'est ce qui est en train de bien se faire en médecine générale. Une maquette et qu'on puisse tous avoir accès à des stages corrects quoi parce que ça directement influencer la formation quoi. On connaît certains terrains de stages qui ne sont pas choisis parce que la formation n'est pas bonne.	Équité de choix de terrains cliniques
Interviewer	Bon quoi encore?	
Interviewer	Et comment on peut gérer cette situation là le choix de stages, comment est-ce qu'on peut gérer ça?	
Emma	Pour l'instant c'est rang de classement, ce qui est très juste parce que ceux qui sont très bien classés ils ont une bonne formation parce qu'ils choisissent tout ce qu'ils veulent et les derniers ils récupèrent un peu ce qu'ils veulent.	Contingence des terrains cliniques
Interviewer	Bon pour toi est-ce que c'est parce que on est premier qu'on est forcément efficace?	

Emma	C,est comme je te disais il y a des gens qui sont très bien classés à l'internat et qui ne savaient pas se débrouiller devant le patient et inversement des gens qui n'étaient pas forcément très bien classés et que je trouve brillant sur le terrain.	Désappropriation des connaissances
Interviewer	Et comment alors ils réussissent à être classés très bien?	
Emma	Parce que le concours de l'internat c,est bête et méchant. C,est du par cœur. Et c,est de la connaissance théorique. C,est toutes les connaissances théoriques pour les appliquer à la pratique après. Il y a des gens qui n,arrirent pas à détacher c'est pas si évident que ça. Ils n,arrirent pas à mettre en application parce que c,est dans les livres. Il n,a pas tout le listing qu,on a dans notre cours quoi. Et il faut savoir se détacher du cours et s,adapter au patient.	Désappropriation des connaissances
Interviewer	Bon pour toi est-ce que tu as aimé les gardes? Oui bien tu ne voulais pas?	
Emma	Si moi je les aimais bien.	
Interviewer	Est-ce que on t'a appelé est-ce qu'il y a un collègue qui a dit par exemple que je ne peux pas être là. Est-ce qu'on t'a appelé tu es venu? Quand par exemple il y a un collègue qui a dit que je ne peux être là parce que parce que parce que?	
Emma	Tu veux dire prendre sa garde à sa place?	
Interviewer	Oui.	
Emma	Oui ça m,est arrivé.	
Interviewer	Tu as voulu prendre sans regimber ou bien tu as manifesté. Est-ce que tu as manifesté quand on t'a choisi? On t'a dit bon maintenant tu vas prendre sa garde est-ce que tu as refusé dans un premier temps ou tu as voulu	

Emma	Non moi ça me plaisait de participer aux roulements de garde, je n'ai pas refusé toutes mes gardes. Je les ai faites.	
Interviewer	Et quels besoins tu peux encore manifester?	
Emma	(silence) par rapport aux gardes aussi ça ne m'est pas arrivé il y en a qui croule sur les gardes qui ont des gardes un peu trop importantes quoi. Et ça c'est compliqué parce que quand on fait les gardes on n'est pas dans les services et si on n'est pas dans les services personne ne peut travailler à notre place. Donc ça rajoute du travail aussi donc c'est ça aussi qu'il pourrait pas être mal c'est que les gens prennent du boulot sur du repos de garde. Que ce soit une participation correcte.	
Interviewer	Bon est-ce qu'il y a encore une question que tu peux poser un besoin ou bien une nouvelle question par rapport à ta formation comme interne. Est-ce qu'il y a une autre question que tu peux poser?	
Emma	(silence). Eh eh eh eh je crois que c'est en dehors de tout ce qui est temps de travail je pense c'est surtout la cohésion avec les autres membres de l'équipe, l'internat c'est la cohésion avec son chef. L'équipe paramédicale aussi aussi il faut se sentir bien avec ses chefs, il faut se sentir bien avec ses cointernes.	Collaboration (inter-intra-) professionnelle
Interviewer	Est-ce que parce que tu es une femme est-ce que ça influencé dans l'internat? Dans ta réussite de l'internat?	
Emma	Dans la médecine générale non. Mais en sp oui.	
Interviewer	Comment?	
Emma	Eh bon les grossesses. Ça veut dire qu'il y a une partie on ne va pas travailler. Les congés de maternité. Ça veut dire	Indisponibilité liée aux maternités

	les enfants qui vont nous empêcher de travailler. On a moins de pauses importantes	
Interviewer	B on maintenant là comme tu es une femme est-ce que le fait d'être une femme est-ce que ça influence dans l'internat en dehors des grossesses?	
Emma	Je n'ai pas eu l'impression pour moi.	
Interviewer	Est-ce qu'il y a eu des internes qui ont des facilités parce qu'elles étaient femme?	
Emma	Ah dans ce sens là. (silence), moi je ne sais pas. je n'ai pas eu l'impression.	
Interviewer	Tu as quand même suivi qu'il y a eu ces genres de cas là?	
Emma	Ouais mais je ne sais pas.	
Interviewer	Donc tu n'as pas eu à suivre ça?	
Emma	Non	
Interviewer	Est-ce que par exemple le superviseur n'était pas mieux avec toi qu'avec un autre interne de sexe masculin?	
Emma	Non sincèrement ça pas.	
Interviewer	Est-ce que tu n'as pas eu des collègues qui ont dit je suis mieux avec lui parce que je suis une femme?	
Emma	Non non.	
Interviewer	Est-ce qu'il n'y a pas des hommes qui se sont plaints parce que comme je suis un homme je n'ai pas de facilités.	
Emma	L'idée inverse les médecins ils vont plus faire confiance aux hommes.	
Interviewer	Pourquoi?	
Emma	Je ne sais pas, ils vont être plus sérieux plus bosseux, je ne sais pas mais. Toujours encore la vieille image type du médecin homme et que quand on est une femme on a plus	Masculinisation du travail médical

	l'impression qu'il faut montrer qu'on est sérieux qu'on tiens qu'on sait faire face et qu'on se démontes pas quoi.	
--	---	--

ANNEXE S
ENTREVUE RÉALISÉE AUPRÈS DE MARJOLAINE

Tableau 21

Qui parle?	Extraits	Catégories
Interviewer	Pour commencer, je voudrais savoir qu'est-ce qui vous amené à faire médecine?	
Marjolaine	<p>Moi depuis petit je voudrais être pédiatre. Et donc que quand j'ai fait une filière scientifique Bac S, voilà j'ai été intéressé par les maths et la médecine. Et la médecine soit pédiatrie soit recherche. donc que j'ai réussi le concours de premier coup en médecine et en fait en 3^e année, en fait en 2^e année on découvre un peu la clinique en stage.</p> <p>En stage on nous montre ce n'est pas à temps en stage. En fait en 3^e année j'ai fait je suis allé dans le service de pédiatrie et je me suis rendu compte que ce n'est pas que les enfants, il y avait tout il y avait les parents et c'est un peu stressant je vais dire un peu de pression d'être avec les parents.</p> <p>Et donc après j'ai continué mon bonhomme de chemin je suis arrivé en 5^e année en médecine, ça m'a posé problème pour l'examen et du coup j'ai redoublé. Et à la suite de ça j'ai un peu perdue confiance en moi et je me suis dit moi je vais pas pouvoir espérer faire une grande carrière faire une spécialité qui me plaise et donc que je me suis intéressé aux spécialités qui n'allaient pas avec le classement. Je ne sais pas si vous voyez ça fonctionne. Et</p>	<p>La pédiatrie comme identité visée</p> <p>Chaos vocationnel</p> <p>Impacts du redoublement de la 5^e année sur l'estime de soi</p>

	<p>du coup je me suis intéressé à la médecine du travail, à la psychiatrie. J'avais donc fait une option de médecine du travail qui plaisait et comme j'ai eu à l'ECN un très mauvais classement.</p> <p>J'ai voulu d'abord redoubler mais je n'ai pas eu de soutien qui soit familial ou amical pour redoubler.</p> <p>Et donc voilà ça c'est fait comme cela. Qu'est ce que je choisis en premier. J'ai choisi psychiatrie parce que c'est un stage qui m'a beaucoup plu en 4^e année. Parce qu'il y a possibilité de il y a une offre d'emploi qui est très grande, on peut s'installer en libéral, en clinique et à l'hôpital.</p> <p>Voilà sauf que quand j'ai commencé l'internat en fait on m'a petit peu catapulté dans un stage en périphérie ou j'étais toute seule. J'ai eu très peu d'encadrement et j'étais en pédopsychiatrie. J'ai du prescrire des neuroleptiques sans qu'on m'explique les pathologies. Et c'était des enfants en pédopsychiatrie il manque beaucoup de moyens et on hospitalise que des patients très très sévères. Des schizophrénies précoces, des autismes donc des pathologies très sévères.</p> <p>Et je me suis senti un peu perdue. Et pas du tout encadré et j'ai posé la question de mon orientation alors je me suis dit je peux passer en médecine générale. Je suis allé en gériatrie, j'étais très bien encadré mais mes soucis sont revenus à la surface parce que c'était une pression très</p>	<p>Absence de soutien social</p> <p>Motifs d'engagement en psychiatrie</p> <p>Atterrissage en catastrophe sur la planète travail</p> <p>Détresse vocationnelle</p>
--	--	--

	<p>importante avec des gardes aux urgences. J'ai du arrêter les gardes aux urgences. En fait J'ai eu un arrêt de travail et les médecins ont perdu la confiance en moi en se disant elle ne va tenir le coup physiquement, je perdais mes moyens en fait finalement et j'avais l'impression de toute façon qu'ils n'allaient pas me superviser. Et là je ne me suis pas du tout senti à ma place. Et le médecin m'a dit tu as vu tu n'es pas faite pour ça. Du coup je me suis remise en question et j'ai fait mon stage ici en médecine adulte et c'est juste au dessus. Tous les stages au CHU et en ce qui concerne les spécialités c'est beaucoup plus de l'exigence parce que il y a un côté universitaire, parce qu'on nous demande plus de choses, parce que c'est bien carré. Mais en général on est beaucoup plus supervisé, on peut demander de l'aide. Voilà c'est bien encadré.</p> <p>Et là je suis parti pour trois mois en hospitalisation que j'ai trouvé intéressant mais mes problèmes de santé qui consiste voilà je suis épileptique et le stage était très fatigable et j'étais très fatigué suite au stage précédent. Et c'était dur et j'ai tenu. Et après en fait les trois mois on les passe aux urgences et en réanimation et pour les tentatives de suicide ça reste toujours sur les plans psychiatriques et aux urgences c'est vraiment la décision très rapide on a une demi heure pour décider on hospitalise on n'hospitalise pas sachant qu'il n'y a pas beaucoup de places. En fait la pression la fatigue ont fait que je l'ai très mal vécu mais j'ai tenu jusqu'à la fin jusqu'à la fin du</p>	<p>Épuisement professionnel</p>
--	---	---------------------------------

	<p>stage. Parce qu'on manquait d'effectifs et j'espère voilà qu'on.</p> <p>Ce n'est pas comme les infirmiers que quand il y a un poulx d'infirmiers quand il y a quelqu'un qui manque il y a quelqu'un qui arrive. nous quand on est interne s'il y a trois internes si quelqu'un manque les deux font le travail de trois. C'est ça la problématique nous en fait. On se culpabilise si on veut se mettre en arrêt de travail. Si on sent qu'on est plus capable de travailler on se dit c'est les autres qui vont payer pour nous en fait donc c'est un gros aspect de culpabilité de laisser une équipe toute seule et voilà on a envie on se donne la pression.</p> <p>Voilà j'étais totalement en psychiatrie je me dis ce n'est pas possible là j'ai vraiment commencé à vraiment développé des pressions infernantes dans un contexte je suis épuisé j'arrive plus je suis perdu. Je me suis dit à nouveau j'ai essayé si on reprend la pédopsychiatrie, la gériatrie dans un contexte de médecine générale, la psychiatrie pour dire voilà j'ai essayé la médecine du travail. Cette partie de spécialités qui m'était excessive en fait j'ai une hygiène de vie qui est correcte avec 35 heures par semaine et en fait j'étais tellement fatigué que je m'en dormais partout. Que je m'en dormais dans la voiture.</p> <p>Que je me suis mis en arrêt de travail sachant qu'on m'a dit qu'on avait pas forcément besoin de moi, je n'étais pas forcément responsable. Du coup là je me suis mis en arrêt</p>	<p>Pénurie du personnel</p> <p>Épuisement professionnel</p>
--	---	---

	de travail et j'ai pas pu reprendre et j'étais vraiment en difficulté (sourire) j'étais en cours de réflexion. J'ai fait un arrêt de 5 mois et demi et j'ai rencontré en fait ici on a un professeur professeur Crouton, vous le connaissez?	Arrêt de travail lié à l'épuisement professionnel
Interviewer	Je n'ai pas suivi	
Marjolaine	Alors professeur Crouton est celui qui s'occupe des internes qui ont des problèmes d'orientation. Donc dès qu'il y a un interne en difficulté on peut faire appel à professeur Crouton qui s'occupe de nous eh et du coup en fait il a bien vu mes difficultés et le fait que j'étais pas bien que j'étais pas encore je veux dire j'avais pas la capacité psychique de supporter d'aborder encore la clinique avec les patients donc de soigner	Épuisement professionnel
Interviewer	C'est ce qu'il a dit?	
Marjolaine	Non ce n'est pas ce qu'il a dit mais c'est ce qu'il a ressenti. Voilà c'est ce qu'il a ressenti.	
Interviewer	Qu'est-ce qu'il a dit?	
Marjolaine	Eh qu'est-ce qu'il a dit eh eh il a dit la psychiatrie vaut mieux oublier la médecine du travail vous allez essayer eh et bon voilà il n'a pas trop parlé de la médecine générale bon sachant que j'avais essayé. Il a dit voilà il vous reste une possibilité c'est la santé publique. J'ai dit je ne connais pas du tout la santé publique, c'est vraiment une discipline qu'on voit très rapidement au	Identité prescrite Méconnaissance de la santé publique

	<p>cours de nos études. Je ne sais du tout à quoi ça correspond. C'est très vaste ça veut dire tout et n'importe quoi voilà et du coup j'ai rencontré le chef de service de santé publique qui est professeur fadeau qui était près de la retraite et donc qui m'a en fait il m'a expliqué un peu quel était le travail quel était le parcours d'un interne en santé publique et en fait c'était beaucoup plus exigeant que ce que les gens pensent. Les gens pensent que la santé publique c'est une discipline qu'on fait parce qu'on est dernier du classement c'est le cas des fois mais en fait pour réussir le DES de santé publique il faut un master 1 et le master 2 est obligatoire en fait pour valider la spécialité. Et voilà c'est il y a très peu d'internes en fait qui veulent faire une carrière universitaire, qui veulent aller jusqu'au master 2.</p> <p>C'est vrai qu'on a pas que ça à faire un master 2 ça veut dire disponibilité ça veut dire pas de salaire. Ça veut dire pas de salaire et du coup il m'a énormément effrayé et en fait je me suis senti totalement perdu sur ce que je vais faire alors je me suis dit je ne vais pas m'engager maintenant. Je ne vais pas dire je prends une spécialité comme ça sans savoir. Je me suis pris une disponibilité de 6 mois que j'ai autofinancé avec un prêt. Donc c'était vraiment dur. Et par contre je voulais vraiment eh faire quelque chose pour m'aider à me décider</p> <p>alors là j'ai fait je me suis inscrite au fameux master 1 qu'il préconisait. Et je me suis dit j'essaye de mon côté de faire un master 1 de santé publique à distance qui est fait à paris.</p>	<p>Peur de s'engager en santé publique liée à l'absence de salaire</p> <p>Réussite en santé publique</p>
--	---	--

	<p>Et en fait il nous envoie les cours on les travaille et puis en fait on passe aux examens. Et finalement j'ai bien aimé ce master. Au cours de ce master il n'y a aucune, on ne parle pas du tout santé publique, on ne parle pas d'économie, on nous parle juste il faut qu'on apprenne les bases les statistiques, la méthodologie et donc en fait l'épidémiologie m'a beaucoup intéressée. Les statistiques je n'étais pas très à l'aise mais j'ai réussi à me mettre dedans. On a quelques notions en première et voilà j'ai réussi à valider</p> <p>eh du coup eh je l'ai à nouveau rencontré Professeur Crouton eh il a dit beh en fait il était le fait que je m'étais lancé dans une démarche personnelle il m'a encouragé à faire santé publique et du coup il s'est dit on va faire un stage qui permet de valider la santé publique sans forcément s'engager maintenant.</p> <p>En fait à Angers. On a très d'internes en santé publique, en psychiatrie ils sont 45. C'est pas du tout une ville pour faire la santé publique. La santé publique il faut aller à Paris à Rennes. Dans de grandes villes et donc de</p>	<p>Obligation de faire un stage en santé publique</p> <p>Contingemment régional du stage en santé publique</p>
Interviewer	Pourquoi est-ce que ce n'est pas indiqué?	
Marjolaine	<p>Pourquoi ce n'est pas indiqué parce que il n'y a pas de on encourage pas il y a très peu de médecins de santé publique ici actuellement. On a professeur Fadeau qui va partir en retraite et les autres ce sont les statisticiens voilà. Eh et donc que ils ne sont pas dans une approche de venir vers nous et d'ailleurs avant c'était trois postes d'internes par</p>	<p>Pénurie de médecins en santé publique</p>

	<p>an, ils en ont supprimé deux. On voulait qu'un par an et voilà c'est nécessairement une forme de régression. Voilà ils ne sont pas du tout encourageant et d'ailleurs professeur fadeau m'avait fait comprendre que d'ailleurs ce n'était pas nécessairement vers la spécialité que je vais me diriger. Il m'avait plutôt dit de retourner en médecine du travail. Je ne l'ai pas forcément écouté je suis capable d'écouter les gens. Et voilà et du coup professeur crouton tenait à ce que à m'encourager dans cette voie là sauf que ce n'est pas si simple que ça dans une spécialité qui n'est pas très présente voilà</p> <p>eh j'ai à nouveau voilà j'ai demandé plusieurs stages donc J'ai demandé un stage de méthodologie recherche clinique, ils m'ont refusé, j'ai demandé un stage en hygiène ils m'ont refusé, j'ai demandé un stage au département d'informations médicales ils m'ont refusé, et du coup j'ai voulu faire un cours en vigilance et tout ce qui tourne autour de la pharma ça m'a plaît et du coup on était deux sur le poste et j'ai laissé la place.</p>	Difficulté de trouver un stage en santé publique
Interviewer	Pourquoi tu as laissé la place?	
Marjolaine	<p>Parce que c'était une autre interne en psychiatrie c'est pas solidarité qui voulait faire sa thèse vraiment dans ce domaine là et je me suis dit elle est plus motivée que moi. Moi je me suis dit je suis assez très précaire ça se trouve que je rencontre un travail je n'avais pas assez confiance en moi. J'ai laissé ma place.</p>	Instabilité professionnelle de l'interne
Interviewer	Pourquoi ils t'ont refusé dans les trois postes là?	
Marjolaine	Ce n'est pas moi qui ait refusé.	

Interviewer	Oui pourquoi ils t'ont refusé dans les trois postes là?	
Marjolaine	<p>Alors en recherche en fait il ya deux personnes la femme m'a transféré au monsieur qui ne m'a jamais répondu. Au département d'informations médicales comme je n'avais pas le master encore validé, ils ont dit vaut mieux que vous ayez votre master comme ça vous aurez un travail plus intéressant. Au service d'hygiène ils n'ont pas du tout répondu. Disons quand je dis qu'ils ont refusé c'est un peu extrapolé et donc voilà je n'avais pas d'autres pistes possibles. Pharmacovigilance j'étais motivé mais je me suis pas battu et par contre</p> <p>une interne de pharmacie eh m'a dit qu'il y avait un poste en pharmacovigilance au centre antipoison qui était valable pour la santé publique qui validait le stage de santé publique car il ya la notion de toxicovigilance la vigilance donc santé publique. Du coup j'ai postulé à ce stage en étant très effrayé. Parce que je ne connaissais pas du tout parce que contrairement à la pharmacovigilance c'est un service 24h sur 24. c'est une notion d'urgence qui a une réponse de traitement d'urgence. Ça fonctionnait comme le SAMU donc on n'a pas que le conseil technique. Et du coup je me suis lancé en ayant très peur. Ça faisait un an je n'avais pas travaillé. Donc c'était très dur et en fait je suis allé dans une équipe ou on est très très encadré. J'ai fait un mois et pendant un mois j'ai eu beaucoup de mal à m'adapter. J'ai repris du travail. Mais par contre c'est très intéressant. Oui voilà on est dans une petite salle ou on est 10 personnes à répondre au téléphone, il y a les internes les externes, les infirmiers et les médecins en formation et</p>	<p>Difficulté de trouver un stage en santé publique</p> <p>Peur de travailler sous pression</p> <p>Difficulté de trouver un stage en santé publique lié au manque</p>

	<p>du coup c'est un cadre séniorisé. En fait on est tous contrôlé. Voilà c'est la pression voilà c'est pas du tout facile. Les horaires c'est convenable et en tant qu'interne je suis au moins à 50 heures par semaine. Eh et donc que finalement ça s'est bien passé et là il reste un mois à effectuer.</p> <p>Donc voilà ça se passe bien. Sauf que manque d'effectifs encore d'internes j'ai pas pu faire de toxicovigilance.</p>	d'effectifs d'internes
Interviewer	Pourquoi?	
Marjolaine	Parce que l'été en fait chacun prend deux semaines de vacances et quand l'interne prend les vacances il faudrait que je le remplace.	
Interviewer	Si on revient par exemple sur les échecs que tu as eu, par exemple en médecine générale, en psychiatrie et en pédopsychiatrie. Tu as commencé par la pédopsychiatrie n'est-ce pas?	
Marjolaine	Oui.	
Interviewer	Qu'est-ce qui t'a fait échouer en pédopsychiatrie? Qu'est-ce qui t'a amené à abandonner?	
Marjolaine	Voilà du coup en fait je suis arrivé au moment où ils venaient de changer l'équipe donc qu'ils ont fait ils avaient une unité d'hospitalisation de 10 enfants qui restaient plus ou moins longtemps. Et il y a eu un changement d'équipes juste avant que je n'arrive. et donc qu'il y avait un médecin qui faisait le 40% donc qui faisait 2 jours je crois dans le service et une autre médecin qui venait d'arriver ne connaissait pas du tout le fonctionnement c'était des médecins en fait qui étaient diplômés au Sénégal mais qui n'avait pas encore fini l'équivalence. Qui était médecin	Absence du superviseur de stage

	<p>généraliste de base de formation et du coup en fait le médecin de 40% est celui qui allait le plus m'encadrer me former n'était pas très présente.</p> <p>Eh j'ai eu l'impression de ce sont les infirmières qui m'ont aidé à me dire qu'est-ce que je devais faire. J'avais une méconnaissance mais j'ai eu très peur en pédopsychiatrie. J'avais plutôt des connaissances de médecine globale. Et donc j'ai fait mes entretiens psychiatriques comme on me les apprend à les faire. C'était vraiment la prise en charge thérapeutique.</p> <p>On me disait de prolonger les traitements des enfants et ça je me posais des questions par rapport à ces traitements et j'ai pas pu j'ai eu l'impression d'être un peu seul même si il y avait un médecin qui était présent je me sentais toute seule par rapport à mes fonctions. J'avais pas de co internes, les co internes étaient très importants pour le ressenti pour s'entraider, j'avais pas de co internes.</p>	<p>Collaboration infirmière-interne</p> <p>Difficulté à la réflexion liée à l'absence de co-internes</p>
Interviewer	Donc tu étais seul dans le service en tant qu'interne?	
Marjolaine	Oui j'étais seul dans le service.	
Interviewer	Et tu n'avais pas de relations avec le médecin qui venait du Sénégal? Tu ne parlais pas avec lui?	
Marjolaine	Si j'échangeais avec lui.	
Interviewer	Et lui qu'est-ce qu'il t'apportait comme informations?	
Marjolaine	<p>En fait ce sont les médecins fifi et donc ils n'ont pas le statut thésé. Ils travaillent comme des médecins mais ils ont un statut précaire. Et bon quand je posais une question elle me répondait mais je dis quand on est interne on commence par réfléchir par soi même il ne faudrait pas que je n'étais pas toujours d'accord avec sa prise en charge et</p>	<p>Conflit avec le superviseur de stages</p>

	voilà on était pas et il y avait des enfants qui me disaient est-ce que je ne pouvais pas jouer au psychiatre parce qu'ils ne se tenaient pas très bien cette psychiatre parce que il y avait un petit côté un peu conflictuel et voilà c'était vraiment.	
Interviewer	Et avec le médecin de 40% là quels étaient vos liens?	
Marjolaine	On s'entendait très bien mais elle était débordée chaque fois qu'elle venait puisqu'elle avait que deux jours. Du coup si je posais une question elle me répondait de fois quand j'ai un problème qu'elle était à l'extérieur pour des raisons personnelles je pouvais l'appeler au téléphone. Voilà je ne pouvais pas faire une prise en charge au téléphone j'étais un peu seule avec mes petits patients. Et en plus de ça je faisais des gardes en psychiatrie adulte donc je faisais 5 à 7 gardes par mois. Et donc voilà donc que voilà je me sentais seule. Par contre il y avait un chef de service.	Difficulté à faire une prise en charge par téléphone Sentiment de solitude professionnelle
Interviewer	Oui pourquoi tu es allé faire les gardes plutôt en psychiatrie adulte alors que tu es en pédopsychiatrie?	
Marjolaine	En pédopsychiatrie, il n'y a pas de gardes. Il n'y a pas de gardes si il y a un souci c'est avec les urgences et eh toutes les internes qui passent en pédopsychiatrie font des gardes en psychiatrie adulte. Et bien sur quand je vais faire mes gardes en psychiatrie adulte, je ne connais pas le sénior qui va m'encadrer c'est avec les infirmiers. Donc là il y a toujours un manque d'encadrement. Pour moi la pédopsychiatrie c'est très intéressant. Mais pas en débarquant toute seule, j'ai vraiment très peu de support pour qu'on me dise ce que je fais si c'est de bonne qualité,	Difficulté à la réflexion liée au manque d'encadrement

	voilà je me sentais un peu toute seule et j'avais ce sentiment là.	
Interviewer	Est-ce que quand tu faisais tes gardes en psychiatrie adulte, est-ce que tu recevais là bas comme informations médicales t'aidaient dans la pédopsychiatrie?	
Marjolaine	Oui un peu au niveau des traitements. Il y avait on retrouve des neuroleptiques qu'on retrouve chez les enfants. Et voilà on a un peu conscience des effets indésirables des traitements qu'on retrouve chez les enfants oui oui ça m'a un peu aidé. Ça me donne un peu confiance en soi. J'étais responsable de 70% patients au moins et en fait on fait des gardes sur le plan somatique et sur le plan psychiatrique. Sur le plan psychiatrique on n'a en fait un médecin d'astreinte qu'on peut appeler dès qu'il y a un souci d'importance de grosse importance pas pour une petite agitation et ben voilà. Donc qu'il n'y a pas de souci de nous répondre. Par contre sur le plan somatique là je me sentais à nouveau seul. Mon sénior n'était pas médecin généraliste, il était médecin. Du coup je me retrouvais souvent à appeler le SAMU.	Difficulté à la réflexion liée au manque d'encadrement
Interviewer	Pour t'aider à pouvoir trouver des?	
Marjolaine	Prises en charge dans le service de psychiatrie. Parce que le bâtiment de psychiatrie est à 2 km de l'hôpital.	
Interviewer	Et le médecin qui était là ne pouvait pas t'aider?	
Marjolaine	Beh il n'était pas là il était chez lui quand on l'appelle. Et c'était toujours par téléphone.	Difficulté à faire une prise en charge par téléphone
Interviewer	Et tu avais l'autre sénégalais qui était là?	

Marjolaine	Ah non non en fait sur l'unité de pédopsychiatrie, on a un médecin même si elle n'est pas thésée en France elle est thésée au Sénégal. On avait un médecin et un autre médecin qui devait être à 60% mieux c'était à 40% c'était que en pédopsychiatrie. Quand je vais en psychiatrie adulte faire ma garde à 18 h, eh je me retrouve seul avec des infirmiers et si j'ai une question je dois téléphoner au psychiatre qui est chez lui. Quand c'est quelque chose de somatique, je peux toujours l'appeler mais ce sera difficile pour lui de me répondre.	Difficulté à la réflexion liée au manque d'encadrement
Interviewer	Pourquoi?	
Marjolaine	Parce que ça fait longtemps qu'il n'a pas fait de somatique.	
Interviewer	Ça veut dire que carrément que tu étais restreinte dans les moyens et restreints aussi dans les personnes qui pouvaient t'aider?	
Marjolaine	Oui. On a eu en psychiatrie on a des super infirmiers qui nous aident qui nous disent comment il faut faire sauf que eh la psychiatrie parlant de spécialité c'est très loin des urgences. La psychiatrie est très excentrée au point principal du centre ça toujours été le cas. Et du coup l'hôpital se sent un peu détaché de nous en psychiatrie. Même si on dépend d'eux. Donc si je veux transférer un patient aux urgences par exemple pour des problèmes de phlébotomie et j'avais un doute sur l'atteinte de tendons, l'urgentiste m'appelle pour m'engueuler pour me dire pourquoi tu m'adresses le patient pour une atteinte de tendons. Et ben moi j'ai dit il a une atteinte de tendons. Et effectivement il a une atteinte de tendons. Et si j'avais pas les infirmières pour me soutenir et ben voilà ça va être très	Difficulté à la réflexion liée au manque d'encadrement

	dur ça va être très dur parce qu'on s'en prend plein dans la tronche	
Interviewer	Est-ce que tu as un parent médecin un père médecin ou bien une mère médecin tu as en as?	
Marjolaine	Comment?	
Interviewer	Ton père était médecin ou bien ta mère était médecin?	
Marjolaine	Non. Pas du tout.	
Interviewer	Est-ce que tu as rencontré ceux qui avaient des parents médecins et qui ont eu les difficultés que tu as eu là?	
Marjolaine	Alors en médecine en médecine on a beaucoup d'enfants de médecins.	
Interviewer	Oui est-ce qu'ils ont eu les difficultés que tu as eu là?	
Marjolaine	Je ne sais pas. je ne saurais pas dire. Je ne saurais quoi dire. Je ne sais pas après je ne peux que parler de ce qui propre à moi. Je n'arrivais pas prendre des initiatives, j'ai un manque de confiance en moi. Bon en fait objectivement j'étais un peu seule. Par contre j'ai mon ami qui était interne en médecine générale qui était en première et c'est vrai que je l'ai souvent appelé pour quelque choses de somatique. Voilà c'est faire appel à un ami comme un joker.	Manque de confiance en soi
Interviewer	Oui qu'est-ce qui t'a fait abandonner la pédopsychiatrie?	
Marjolaine	En fait il y a eu quelque chose c'est que j'étais en périphérique à Laval c'était en périphérique et j'étais entouré que d'internes en médecine générale. Et à force de les entendre j'avais envie de faire comme eux. C'est pour cela que je me suis dit je veux aussi faire la médecine générale ce serait un succès pour moi et c'est pour cela que j'ai voulu faire médecine générale.	Volonté de faire médecine générale par référence à des formes identitaires

	Et moi je voulais aller dans un stage avec un médecin généraliste. Sauf qu'on m'a refusé ce stage. Du coup je me suis dit je vais prendre un stage en médecine polyvalente. Et la gériatrie je l'ai un peu touché et la gériatrie c'est intéressant les patients c'est adorable mais voilà j'étais pas bien.	professionnelles anticipées Instabilité de l'interne
Interviewer	Pourquoi on t'a refusé le stage de médecine générale?	
Marjolaine	On me l'a refusé parce que moi j'étais en première année de psychiatrie et que c'était plutôt réservé aux dernières années qui avaient échoué. En fait quand on est mal classé et qu'on est en première année on choisit à la fin. C'est pour cela que j'ai pris pédopsychiatrie parce que c'était le dernier stage qui était proposé. Et les gens savaient qu'il était mal supervisé c'était vraiment je savais que c'était un stage où je ne serais pas chouchoutée. Et par contre en gériatrie j'ai choisi le stage que je voulais.	Contingemment des internes en médecine
Interviewer	Est-ce que tu as eu une bonne note à l'ECN?	
Marjolaine	Non c'est pour cela que j'étais mal classé.	
Interviewer	Et tu es allé en pédopsychiatrie?	
Marjolaine	Oui.	
Interviewer	Donc ça veut dire que la pédopsychiatrie est moins classée que la médecine générale? C'est ça?	
Marjolaine	C'est pareil médecine générale, pédopsychiatrie, médecine du travail. Santé publique ça m'était accessible eh. Et après il ne faut pas partir de psychiatrie égale mal classé parce qu'il y avait des psychiatres qui sont classés dans les 100 premiers. C'est juste qu'il reste des postes à	Contingemment des internes en médecine

	la fin que nous on prend c'est pareil en médecine générale on peut être bien classé comme mal classé. C'est une juste que pour avoir une spécialité médicale comme cardiologue ophtalmo il faut être au début du classement. C'est plutôt ça voilà vraiment tu as très peu de choix. Ça veut pas dire que si je prends ce choix c'est que pour les mauvais.	
Interviewer	Et si par exemple on te disait cite moi deux ou trois éléments qui t'ont amené à partir du stage de pédopsychiatrie, tu vas dire quoi?	
Marjolaine	Hein je peux dire le mauvais encadrement et deux j'avais envie de faire médecine générale par rapport au contexte je me trouvais toujours autour des internes en médecine générale. Trois hein j'avais du mal à m'assimiler aux psychiatres.	Éléments contributifs à l'échec en pédopsychiatrie
Interviewer	Ça veut dire quoi?	
Marjolaine	Ça veut dire que eh j'avais l'impression de ne pas penser comme les psychiatries. eh dans tous mes stages j'ai toujours eu à penser somatique ou psychiatrie. Je trouve que dissocier les deux en psychiatrie c'est pas correct. Je veux dire par exemple j'ai vu des traitements ou on mettait à 12 directement avec de très hauts effets secondaires il ne fallait pas trop s'y adapter en se disant ce qui important c'est soigné le plan psychiatrique. Alors que pour moi quand un patient vient en psychiatrie il faut d'abord éliminer une pathologie somatique, deuxièmement quand on met un traitement il faut toujours pensé aux effets indésirables. Si c'est mal toléré il faut revoir le traitement. Et c'est parce que j'étais encore plus jeune j'étais encore dans la sphère médecine générale. Ça veut dire que le socle	conflit avec le superviseur

	somatique que j'avais appréhendé alors ça faisait longtemps qu'ils avaient quitté ça. Il faut faire vite. C'est vrai que j'avais un peu du mal à me dire on donne des neuroleptiques avec beaucoup beaucoup d'effets secondaires que je voyais tous les jours, on peut se dire pourquoi on ne pouvait pas le revoir ce traitement. C'est ça qui me dérange en fait.	
Interviewer	Bon si par exemple eh tu es parti de la pédopsychiatrie tu as eu un burnout c'est ça?	
Marjolaine	Eh oui de la pédopsychiatrie.	
Interviewer	Oui comment tu t'es en sorti?quels sont les éléments que tu as mis en œuvre pour t'en sortir du burnout?	
Marjolaine	Eh faire une coupure. Prendre soi de moi parce que quand on est interne, on ne va pas chez le médecin.	Manque de temps pour consulter le médecin
Interviewer	Pourquoi?	
Marjolaine	Parce que nos horaires c'est 8h30-19h 8h30 20h de fois on a des samedis matins de fois on s'auto médique.	Manque de temps pour consulter le médecin
Interviewer	Est-ce que tu as pris des substances pour pouvoir rester en forme?	
Marjolaine	Oui. Ah jamais pour me booster.	
Interviewer	Donc tu t'es auto-médiqué c'est ça?	
Marjolaine	Oui auto-médiqué oui quand on a des maladies somatiques par exemple migraine mal d'estomac. Et après pour je prenais des somnifères par exemple. Voilà je prenais des somnifères.	Autoprescription de l'interne en médecine

Interviewer	Eh quand tu as pris tout ça est-ce que tu t'es en sorti parce que maintenant tu es lucide? Comment tu as fait pour pouvoir rester pour prévenir?	
Marjolaine	Pour m'en sortir j'ai du coup consulter un médecin pour un psychiatre malgré moi c'était pas évident quand on est interne en psychiatrie j'ai eu un traitement antidépresseur mais je me suis rendu compte que tous les traitements n'étaient pas efficaces j'ai eu des effets secondaires j'étais rentré chez ma mère pour me faire engueuler et probablement c'était une mauvaise idée.	Consultation médicale Intoxication médicamenteuse
Interviewer	Pourquoi?	
Marjolaine	Pourquoi c'est une forme de régression.	Sentiment de régression
Interviewer	Pourquoi c'est une forme de régression?	
Marjolaine	Parce qu'on ne se prend plus en charge. On se laisse aller. donc je suis retourné sur Angers avec mon copain au bout de deux ou trois mois et je me suis forcé à faire les choses voilà à faire du sport à cuisiner à me renseigner sur qu'est-ce que je pouvais faire voilà,	Volonté de progression de l'interne
Interviewer	Quand tu as arrêté comme cela, quel a été le regard de ton copain de ta mère sur toi?	
Marjolaine	Eh en fait pour ma mère elle voyait que je n'étais pas bien mais elle ne voyait pas à quel point je n'étais pas bien et je lui ai dit je vais arrêter je sens que je ne peux plus je sens que je ne peux plus voilà elle était très marqué sur le côté fatigue sur la relation voiture mais elle n'avait pas conscience à quel point c'était profond.	Affliction de la mère

	Et mon copain m'a soutenu sans jugement sans regard sans jugement et après par contre on s'isole par rapport à ses amis par rapport à on arrive plus à parler voilà voilà....	Soutien du copain de l'interne affligée Sentiment d'humiliation devant ses amis
Interviewer	Pourquoi on s'isole?	
Marjolaine	Pourquoi parce qu'on a honte.	Sentiment d'humiliation devant ses amis
Interviewer	Honte d'avoir échouer.	
Marjolaine	Oui.	
Interviewer	Est-ce que ta mère a continué à te prendre comme sa fille ou bien elle t'a abandonné elle a dit voilà mon enfant qui est arrivé en médecine elle a échoué parce que les parents veulent voir leur fille être médecin maintenant qu'elle a raté comment ta mère	
Marjolaine	En fait elle a comment dire c'était très très difficile là elle a senti à quel point c'était éprouvant. Elle sait que c'est pas pour tout le monde. Je ne suis pas la seule interne, je vais très mal. Elle disait comment ses amis demandaient comment ça va pour tes études de médecine pour ta fille. Je suis au village la seule enfant depuis 30 ans qui ai fait les études de médecine.	Affliction de la mère
Interviewer	Chez vous	
Marjolaine	Oui dans le village je suis la seule en fait. Depuis 30 ans et même plus c'est un petit village donc beaucoup d'enfants il n'y a pas beaucoup de gens qui font de grandes études ça on demande mes nouvelles et ça elle a commencé à	Soutien de la mère

	dire en fait je pense qu'elle est passé en sciences infirmières c'est trop dure ce qu'elle a vécu voilà. Mais par contre elle toujours voulu que je n'abandonne pas elle m'a toujours dit n,abandonne pas va jusqu'au bout. Elle a compris que j,avais besoin d'une pause mais elle n,avait pas envie que j'arrête.	
Interviewer	D'après toi pourquoi est-ce elle ne voulait pas que tu abandonnes?	
Marjolaine	Parce qu,elle avait peur que je regrettes plus tard.	
Interviewer	Bon maintenant tu as dit que tu as consulté un pédiatre un psychiatre quand il t'a donné des médicaments ce n'est pas seulement ça qui t'a permis de pouvoir te relever qu'est-ce qui t'a motivé à te relever? Parce que c'est bien de prendre les médicaments mais ce n'est pas seulement ça?	
Marjolaine	<p>Non. Les médicaments ça juste aidé à simulé quelque chose parce que quand on va très très mal on a les crises d'angoisse avec des situations très désagréables ça m'a juste aidé à ça ce n'est pas ça qui m'a aidé à dormir.</p> <p>Ce qui m'a aidé à dormir c'est retourner sur Angers de ne plus faire autre chose de faire plus d'activité et le jour que j'ai pensé prendre une disponibilité j'ai dit pendant 6 mois je ne pense plus médecine, je me stresse plus par rapport à ça, je fais le vide eh par contre je suis quelqu'un qui a toujours aimé apprendre. J'étais très contente de faire un master bon voilà ça m'a motivé du coup travailler voilà dans une démarche je me suis pris en charge. Je me suis fait violence puisque j'ai pris une disponibilité. Je ne suis pas tout suite retourné au travail puisque j'avais peur d'un autre échec qui devait être très dur à vivre. Ça je ne voulais</p>	<p>Angoisse soulagée par la médication</p> <p>Disponibilité pour se remettre sur pied</p>

	<p>pas. donc c'est pour cela que j'ai pris cette disponibilité pour remettre sur pied.</p> <p>Quand j'ai fait ce master on a des stages de révision à paris et de fait de revoir d'autres internes à paris d'autres mondes de retrouver d'autres amphi et bien ça fait toujours du bien. J'ai toujours aimé les études même si à la fin c'était très dur. Bon c'est évident qu'on ne veut plus mais par contre quand on fait médecine on aime toujours apprendre. Bon voilà c'est ça qui m'a dit voilà je suis capable de faire quelque chose. Tout n'est pas perdu.</p>	<p>optimisme de l'interne en détresse</p>
Interviewer	Bon tu as fini ton premier cycle de médecine tu as fini ton second cycle de médecine, quand tu as fini ton second cycle de médecine est-ce que quand tu es arrivé au troisième cycle est-ce que tu étais préparé pour le troisième cycle?	
Marjolaine	J'avais fait un stage en médecine interne avec	
Interviewer	Stage de quelle spécialité?	
Marjolaine	En fait quand on termine l'internat on a un diplôme qui nous permet de prescrire par contre on est pas encore interne. Et donc à l'été quand celui là passe les vacances moi j'avais besoin d'un peu d'argent en faisant médecine interne.	
Interviewer	Et quand tu prescrites, tu prescrites sous la responsabilité d'un médecin?	
Marjolaine	Toujours. C'est notre signature mais c'est toujours sur l'accord du médecin qui nous fait confiance. Eh voilà il y a plusieurs postes disponibles partout en France et j'avais choisi gériatrie. Et ça ne s'est pas très bien passé.	
Interviewer	Pourquoi?	

Marjolaine	Pourquoi? Dejà j'avais pas confiance en moi et déjà j'avais beaucoup de difficultés à prendre des décisions. Autant j'étais une externe qui était très investi autant passé d'externe à interne et les responsabilités ça me faisait très peur.	Manque de confiance en soi
Interviewer	Pourquoi tu avais cette difficulté là?	
Marjolaine	En fait quand on est externe on a des tâches à faire et on fait des choses mais on sait qu'après on aura pas de reprimandes du chef de service qui nous demandera quelque chose. Pourtant quand on est interne on a des décisions à prendre sur des patients sans pour autant demander l'aval du sénior le but c'est qu'on soit autonome. Même si on est sollicité au départ à un certain moment ils ne veulent plus qu'on les appelle. Voilà en fait on les a toujours sollicités et c'était passionnant pour moi. Et ben voilà j'ai eu du mal la transition externe à interne a été horrible pour moi. J'ai adoré l'externat je faisais des heures sup quand on était externe mais ça été très dur.	Difficulté à la transition d'externe à interne
Interviewer	Donc ça veut dire que tu n'as pas eu de bons liens ni avec les internes ni les médecins pendant ton stage de gériatrie?	
Marjolaine	Non il n'y avait pas d'autres internes. Pendant le stage il n'y avait pas d'internes. Si il y avait un bon lien et il y avait un manque de confiance en amont. Moi j'étais pas sur de moi je sentais que j'étais stressé. Je donnais souvent mon avis et eux ils sont habitués aux internes qui sont autonomes qui se débrouillent tout seul. Voilà je débarque jeune interne et sorti d'externat, il y en a quand ils sortent de l'externat ils sont très sur d'eux. C'était pas mon cas en fait.	Inconsidération de l'interne liée à son manque d'autonomie

Interviewer	Est-ce qu'il y a ceux qui sortent de l'externat et qui s'en sortent très bien pendant l'internat?	
Marjolaine	Oui.	
Interviewer	Bon d'après toi qu'est-ce qui peut les permettre de s'en sortir facilement?	
Marjolaine	Eh il y en a qui sont très à l'aise qui ne posent pas de questions. Ils sont peu timides Ils sont sur d'eux. Voilà quand on fait les études de médecine on est un peu sur de nos capacités à réussir ses études et puis le fait qu'on a de très bonnes notes aux examens ça donne encore plus confiance en soi. Eh je suis quelqu'un d'un peu timide, il y a des personnes barbus qui ont l'air plus vieux, il y a aussi ça la présence physique. Quand on est timide du coup on s'intègre plus difficilement dans le métier. Et donc c'est plutôt une question de tempérament, une question de confiance en soi. On comprend au fur et à mesure avec des bonnes notes avec des bons retours, ça ne se fait tout seul.	Confiance en soi renforcée par la persévérance académique
Interviewer	Est-ce que pendant ton second cycle est-ce que tu t'es investi dans les stages?	
Marjolaine	En second cycle?	
Interviewer	oui	
Marjolaine	L'externat?	
Interviewer	Oui dans les stages?	
Marjolaine	Oui beaucoup	
Interviewer	Tu travaillais bien. Tu prescrivais.	
Marjolaine	Quand on est externe on ne prescrit pas.	
Interviewer	On ne prescrit pas?	
Marjolaine	On ne prescrit pas.	

Interviewer	Mais quand même tu te renseignais sur comment sur les protocoles de soins de traitements tu te renseignais bien?	
Marjolaine	Eh eh	
Interviewer	Ou bien tu te focalisais sur ton concours?	
Marjolaine	Non pour moi la priorité c'était les stages c'était mes patients et du coup en stage je travaillais les pathologies de mes patients que l'ECN. Parce que l'ECN c'était du par cœur ça rentrait plus j'étais fatigué. Je prenais des médicaments antiépileptiques, il fallait que je me couchais tôt le soir.	Fatigue intellectuelle ressentie par l'interne
Interviewer	Ça veut dire que tu étais fatigué depuis l'externat c'est ça?	
Marjolaine	Oui je suis devenu insomniaque en 3 ^e année, je dormais plus. En 4 ^e année j'ai commencé à être épileptique.	Épilepsie liée au manque de sommeil
Interviewer	Épileptique? Donc tu tombais partout?	
Marjolaine	Non c'était pas j'ai fait deux grosses crises. Il y en a une que j'ai faite après une garde aux urgences quand on était externe et en fait c'était des crises traumatiques avec une morsure de langue et une perte de mémoire pendant une semaine.	Crise épileptique liée au manque de sommeil
Interviewer	Et bon qu'est-ce qui te faisait qu'est-ce qui s'est passé?	
Marjolaine	C'est la fatigue.	
Interviewer	Fatigue extrême.	
Marjolaine	En fait je pense qu'en 3 ^e année j'ai eu un rattrapage, j'ai eu à être en échec moi. J'ai commencé à avoir des angoisses. J'ai commencé à dormir le soir et puis quand je suis devenu épileptique j'ai eu très très peur de ne pas pouvoir	Angoisse liée à l'échec en 3 ^e année Peur de la crise épileptique liée au

	m,en dormir en me disant que si je ne dors pas je risque de faire une crise le lendemain.	manque de sommeil
Interviewer	Ça veut dire que tu es déjà épileptique de naissance ou tu as un parent épileptique?	
Marjolaine	J'ai le gène de personne épileptique.	
Interviewer	Donc toi tu n'as jamais fait une épilepsie c'est quand tu es fatigué que ça revient en surface c'est ça?	
Marjolaine	En fait c'est vraiment après une garde. C'est pas souvent après l'activité c'est quand on arrête. C'est quand on arrête que tout à coup le tonus, c'est vraiment après l'activité une grosse activité une grosse pratique que. La première crise je l'ai fait un nouvel an à minuit. Je n'avais pas bu d'alcool la veille j'étais en stage donc en gros j'avais fait des heures supplémentaires je voulais m'investir pour l'observation, j'étais stressé.	Crise épileptique déclenchée après une grosse activité.
Interviewer	Quand tu as fait tes crises là qu'est-ce que t'ont dit tes superviseurs? Qu'est-ce qu'ils t'ont dit?	
Marjolaine	Je n'ai pas en parler.	
Interviewer	Et tes collègues? Tes collègues internes?	
Marjolaine	Externes!	
Interviewer	Oui externes. Ils étaient présents ou ils n'étaient pas là?	
Marjolaine	Eh ils n'étaient pas là.	
Interviewer	Bon quand tu as fini ton externat, quand tu es arrivé sur le terrain de l'internat, on a pris le cahier on t'a remis quel a été ta réaction? On t'a dit tu vas suivre tes patients, tu va prescrire, quel a été ta réaction?	
Marjolaine	Bon beh on est content c'est vraiment,	
Interviewer	Tu as prescrit sans avoir peur ou bien tu t'es dit....	

Marjolaine	On commence par prescrire le doliprane, des choses simples dont on a pas peur, je n'avais pas peur de prescrire, je voulais savoir pourquoi prescrire. Moi ce que j'aimais c'était adopter la prise en charge par rapport au patient et comme je ne savais pas trop évaluer ça je ne pouvais pas faire de modification. Et en fait quand on commence l'internat, et quand on commence l'internat, dans le service que j'étais on ne nous laissait pas vraiment l'initiative de changer de prescriptions, beh pour moi continuer une prescription quand je sens que ce n'est pas adaptée pour le patient ça me dérange en fait voilà. En fait ce que moi je me remettait en question je ne faisais pas bêtement que prescrire, je réfléchissais voila c'est plutôt ça.	Difficulté à prescrire liée à la difficulté à évaluer
Interviewer	Et tu avais combien de patients à l'internat?	
Marjolaine	On a que 10. En pédopsychiatrie ce n'est que 10.	
Interviewer	Et tu les prenais bien en charge ou tu avais des difficultés pour les prendre en charge?	
Marjolaine	C'était très bon.	
Interviewer	Et comment tu faisais pour t'en sortir?	
Marjolaine	En fait en général en psychiatrie tous les entretiens c'est toujours avec un infirmier. C'est pour des raisons de sécurité pour prendre des notes donc on est pas toujours seul.	Collaboration infirmier-interne
Interviewer	Donc tu étais avec un infirmier et c'est l'infirmier qui t'aidait à pouvoir prendre les notes et puis aussi	
Marjolaine	Beh en fait ils prennent les notes moi aussi, bon en fait il y a un dossier paramédical infirmier qui permet de faire des transmissions aux autres infirmiers comme ça ils peuvent	Collaboration infirmière-interne

	<p>dire j'ai assisté à l'entretien voilà ce qui a été dit. Pour nous c'est plutôt les données médicales par contre il y a un vrai échange entre infirmiers et médecins. On discute voilà ça permet aussi d'en parler et</p> <p>donc non les entretiens se passaient très bien c'est juste que jamais je ne m'attendais à devoir prendre en charge un schizophrène précoce, à prendre en charge toute seule des enfants qui font des tentative de suicide dans le service c'est plutôt ce genre de choses c'est vraiment eh face à des enfants qui ne sont pas bien parce qu'ils sont hospitalisés qui n'arrivent pas du tout à manger, il y a un blocage on se sent un peu plus comment dire eh on a pas les moyens comme si on ne pouvait pas les aider comme si on avait pas tous les outils pour les aidait.</p> <p>Et plus ce qui nous manque nous en psychiatrie c'est que nous on a un cursus médical purement somatique on apprend pas la psychologie. On a pas appris les entretiens pour repérer les symptômes. On ne sait pas les techniques pour bien amener le patient à dire ce qu'il veut sans forcément eh sans le couper voilà c'est pas évident. En psychiatrie ça ne se fait comme ça ça ne s'apprend pas comme ça. C'est vraiment de l'expérience.</p>	<p>Difficulté à gérer les situations complexes</p> <p>Carence des procédés psychologiques en médecine</p>
Interviewer	Tu as demandé au superviseur de t'apprendre comment faire un entretien en psychiatrie, il t'a montré ou bien?	
Marjolaine	En fait eh on nous laisse assister aux premiers entretiens eh le premier jour je n'ai pas du tout assister, on nous laisse bon viens tu me suis. Donc viens tu me suis et voilà je voyais les questions qu'il posait. Effectivement autant en	

	psychiatrie adulte quand je faisais de gardes j'étais toujours toute seule et j'avais toujours des infirmières autant en pédopsychiatrie c'est vraiment des cas spéciaux, je vois l'enfant je vois le parent je vois l'enfant toute seule je vois le parent toute seule.	
Interviewer	Est-ce qu'il n'y avait pas de protocoles par exemple quand tu es bloqué tu regardes pour pouvoir voir	
Marjolaine	Non. En médecine on apprend les choses par cœur mais en fait avec les protocoles il faut toujours s'adapter à la situation en présence. Bon c'est pas effectivement je prenais les notes au fur et à mesure j'ai un petit carnet qu'est-ce qu'il ne fallait pas oublier. mais Je savais ce qu'il fallait demander mais la fin on ne l'apprend pas.	
Interviewer	Bon pour ton second abandon tu es parti de la médecine générale pourquoi? Bon qu'est-ce qui s'est passé en médecine générale?	
Marjolaine	Eh en fait j'étais très marqué parce qu'un médecin m'a dit tu vois tu as essayé tu as bien vu que ce n'étais pas fait pour toi. Et je l'ai très très mal pris. Et ça a été très dur de...	
Interviewer	Les médecins qui t'ont supervisé ou bien	
Marjolaine	Oui un superviseur. Du coup ça m'a fait très mal et du coup j'ai eu un blocage. J'ai eu un blocage pendant trois mois. Donc en fait c'était à cause de ça.	
Interviewer	Entre lui et toi quel était le rapport maintenant?	
Marjolaine	Et beh en fait après le stage on avait plus de liens, quitte le stage. Je n'ai pas tenu à conserver les liens. Pour moi c'est une personne qui m'a tout sauf aidée. J'essayais de....	

Interviewer	Quand il t'a dit ça comment tu as fait pour sortir de là parce que tu étais carrément traumatisé.	
Marjolaine	Je suis allé aux toilettes j'ai pleuré.	
Interviewer	Oui tu as pleuré bon est-ce qu'il n'y a pas eu de gens qui sont venus te consoler?	
Marjolaine	non	
Interviewer	Personne.	
Marjolaine	Non parce qu'il a dit doucement c'est quelqu'un qui engueule parce qu'il est énervé parce qu'il est là c'était une phrase réfléchie, il l'a fait calmement. Voilà c'était peut être la vérité aussi. Mais ce sont les choses qu'on ne veut pas entendre quand on a fait autant d'années d'études.	
Interviewer	Est-ce que tu n'as pas abandonné parce que on t'a forcé abandonné ou bien c'est toi-même qui a voulu abandonné? Ou bien tu disais je peux mais on ne m'a pas donné les moyens?	
Marjolaine	Non le problème de l'internat en général c'est que on est toujours en train de nous dire qu'on fait mal on ne dit jamais qu'on fait bien. Du coup finalement ici il y a certains internes qui vont faire un très bon travail et du coup ils sont complimentés mais en général on passe le temps à nous dire voilà on passe le temps à nous faire des reproches ce n'est pas que personnel ça. On est très rarement valorisé. Voilà on termine très tard voilà on est payé entre 1300 et 2000 euros selon notre grade pour travailler X heures au minimum 50 heures et on est jamais valorisé voilà c'est vraiment il n'y a que les familles de patients ou des patients qui nous disent merci. Et beh voilà les seniors ne sont pas là pour être gentils avec nous.	

Interviewer	Quand tu es allé aux toilettes là, tu as pleuré maintenant après comment tu as fait pour sortir de là?	
Marjolaine	Non là c'est plus tôt c'est une réaction basse parce que beaucoup de personnes seraient passés dessus. J'étais en mode blocage et bien moi.	
Interviewer	Et oui et comment tu as fait pour sortir de ton blocage?	
Marjolaine	Je suis resté trois mois bloqué.	
Interviewer	Oui. Et après ces trois mois là comment tu as fait pour maintenant dire que je vais me décider maintenant comment tu as? Qu'est-ce que tu as utilisé?	
Marjolaine	Beh après quand je suis allé en psychiatrie j'étais vraiment bloqué j'étais pas bien. C'est de là qu'est parti il y a cette phrase c'était un contexte où je dois arrêter mes gardes ou j'étais extrêmement fatigué eh mes gardes aux urgences ce sont les médecins qui ont décidé de mettre en arrêt de travail en gériatrie. C'était beaucoup de choses qui ont fait que je ne me sentais pas bien. Et en fait quand je suis allé en psychiatrie je n'étais pas soigné j'étais pas bien et en fait le rythme fait qu'on arrive pas à s'en sortir très bien. Du coup je suis resté bloqué jusqu'à ce que je sois dormante. Donc ça n'a jamais cessé en fait.	
Interviewer	Et quand tu prenais en charge tes patients en fait en gériatrie est-ce que tu les prenais bien en charge ou bien, ou bien tu avais les lacunes ou bien tu pensais que tu faisais bien?	
Marjolaine	Eh on va dire effectivement je pense eh j'avais un an que je n'avais pas fait de médecine somatique. Un an un an et demi et du coup j'avais des lacunes en somatique. Moi je ne savais prescrire que des psychotropes, j'avais des	

	<p>lacunes et donc effectivement il manquait de connaissances, et eh il manquait de connaissances j'ai toujours travaillé de manière assez secure. Quand j'avais une lacune je demandais. C'est vrai ils sont là pour ça mais en fait je n'étais pas du tout autonome. Et après la gériatrie ça apprend vraiment sur le tas, il n'y a pas de prise en charge particulière c'est toujours la même façon. On se familiarise avec les médicaments progressivement. Voilà je dis ces lacunes auraient pu être ces lacunes se compensent au fur et à mesure et après on a pas trop de retard mais le vrai problème c'est si j'avais eu beaucoup de bagout si j'étais très à l'aise.</p>	
Interviewer	Quand tu dis très à l'aise ça veut dire quoi?	
Marjolaine	Bon en fait se sentir comme chez soi. Bon voilà...	
Interviewer	Tu n'avais pas de bonnes relations avec des gens autour de toi?	
Marjolaine	Si ce sont les relations superficielles c'est cordial c'est poli.	
Interviewer	Bon qu'est-ce qu'il fallait faire pour que tu restes dans le stage de gériatrie? D'après toi qu'est-ce qu'il fallait faire?	
Marjolaine	<p>Eh les stages ça dure que 6 mois mais après la gériatrie c'est un stage de médecine générale. Bon beh la gériatrie si ça c'était bien passé, j'aurai changé de filière je serais allé en gériatrie en fait après d'autres stages ne sont pas gériatriques. Voilà je ne pouvais pas tester autre chose. Bon beh à côté il y avait mon ami qui était en médecine générale je voyais tout ce qu'on demandait beaucoup de pression. Ça aurait été très dur pour moi. Ça aurait été très dur pour moi de faire un stage aux urgences les gardes. Je</p>	

	me suis dit si c'est dur en gériatrie le reste ça va être très très dur. C'est pour cela que je n'ai pas continué.	
Interviewer	Est-ce qu'il n'y a pas eu des problèmes tacites qui se sont posés pendant le stage de médecine générale et de psychiatrie? Est-ce qu'il n'y a pas eu de problèmes tacites? Par exemple des réseaux t'ont demandé il faut que tu fasses ceci pour que tu puisses continuer en médecine? Est-ce qu'il n'y a pas eu ça?	
Marjolaine	Non. En fait à la fin de chaque stage il y a une validation une évaluation. En pédopsy on m'a dit tu as mis du temps. Tu es devenu auto et à la fin ça s'est bien passé. Mais il m'a dit tu manques beaucoup de confiance en toi. C'est ce qu'elle me disait et eh partout c'est ce qui m'a été reproché. Et du coup c'est très mauvais de ne pas avoir confiance en soi en tant que médecin. Quand on est interne on se dit médecin parce que les infirmiers le ressentent. Les infirmiers on travaille avec eux sauf que eux ils comptent sur nous. Si ils sentent qu'on est pas sur de nous voilà en fait c'est toute l'équipe en fait. On a besoin de quelqu'un qui est sur de ce qu'il dit de ses prescriptions quoi. Vraiment ne pas avoir confiance en toi en médecine c'est un gros défaut.	
Interviewer	Et est-ce que entre toi et le personnel infirmier ça marchait bien?	
Marjolaine	C'est toujours eu l'impression que je les respectais, j'ai toujours été sympa et bien voilà peut-être en psychiatrie ils me critiquaient mais je n'ai jamais eu de remarques de la part des infirmiers. Ils ont toujours été très correct avec moi. J'ai eu aucune critique de leur part.	

Interviewer	Et en médecine générale est-ce qu'il n y a pas eu de personnes qui t'ont demandé par exemple si tu veux continuer en médecine générale tu dois faire ceci.	
Marjolaine	Non. Eh je n'avais pas la forme. J'avais des lacunes. Personne ne m'a donné les clés. Personne ne m'a dit comment il fallait faire pour m'améliorer. Et en fait je pense qu'ils je ne suis pas sur je pense qu'ils ont du parler entre eux que j'avais des difficultés. On tend un peu l'oreille par contre personne n'est venu vers moi pendant le stage en me prenant à part en me disant voilà on voit bien que tu as des difficultés on veut que tu fasses ça ça. On m'a dit à la fin le début a été très dur. À la fin du stage on m'a dit ça a été mais le stage on me faisait faire que découvrir. Les courriers je savais les faire.	
Interviewer	C'est quoi un courrier?	
Marjolaine	Un courrier c'est quand un patient fait un séjour à l'hôpital on doit retracer son papier en fait on fait un courrier qu'on envoie à un médecin généraliste à un médecin traitant avec tout ce qui s'est passé à l'hôpital avec l'observation clinique, le diagnostic les examens cliniques l'évolution le diagnostic et bien voilà. Et donc en gériatrie c'est donc une médecine polyvalente assez pointu. C'est quatre pages et du coup on les fait. Si le patient fait un séjour de trois semaines il faut résumer les trois semaines. Les courriers c'est quelque chose qui prend beaucoup de temps en médecine beaucoup beaucoup de temps eh, ça embête tout le monde parce que finalement c'est du temps en manque pour aller à la clinique. Et beh voilà j'ai fait beaucoup de	

	courriers je faisais des entrées mais j'étais toujours encadré par un surveillant.	
Interviewer	Bon est-ce que le superviseur ne t'a pas amené derrière il ne t'a pas dit bon maintenant là il y a telle telle chose à faire pourquoi tu ne fais pas?	
Marjolaine	Eh si si même si en fait on ne m'a pas aidé globalement dès que j'ai une question il m'expliquait voilà je dis....on peut résumer globalement qu'il n'y a pas eu une très bonne relation entre moi les médecins eh pour eux je n'étais pas fiable, j'étais fatigable, eh voilà je n'avais pas assez de connaissances. Mais par contre en début sur n'importe quoi s'il y a une question sur un médicament il m'aidait toujours. Je dis bien. Il m'avait dit quand j'étais arrivé au départ là il ne me connaissait pas mais avant toi il y avait des premiers semestres ça s'est très bien passé. On évalue les stages à la fin de l'année. C'est pourquoi j'ai choisi ce stage quoi parallèlement je ne devrais pas avoir de critiques par rapport à ce stage par l'équipe. C'est juste que je ne savais pas si ça va passer avec moi.	
Interviewer	Bon et si on te demandait de recommencer est-ce que tu aurais choisi la médecine?	
Marjolaine	Non.	
Interviewer	Pourquoi?	
Marjolaine	Parce que j'ai très mal vécu. Parce que dans tous les cas je serais devenu épileptique. Je me suis senti toujours vite fatigué depuis l'âge de 6 ans je travaillais pendant l'été les jobs d'été me fatiguaient beaucoup beaucoup. j'ai toujours eu une fatigue très physique. Non j'étais intéressé par d'autres choses. J'adorais les maths. Même l'architecture	

	me plaisait beh voilà. Je pense que j'aurais fait des maths. J'aurais pas du tout fait médecine.	
Interviewer	Et quand tu vois tes camarades qui ont fini	
Marjolaine	Qui ont fini leurs thèses?	
Interviewer	Oui qui ont fini leurs thèses est-ce que tu ne te sens pas un peu stressé? Tu ne dis pas que c'est sur que je veux aussi être comme eux?	
Marjolaine	Eh bon en fait. Je me dis souvent eh si tout s'est bien passé là dans deux mois je serais déjà docteur. Eh d'un autre côté vous savez les gens de ma promo sont diplômés tout et moi j'ai rien. Voilà moi ça m'énerve. Je dis c'est pas juste moi je fais des stages avec eux quand ils étaient externes et ils ne travaillaient pas plus que moi. Ils avaient effectivement de bonnes notes mais en stages ils ne s'investissaient pas plus que moi. Moi je m'investissais plus et beh finalement ça pas été bénéfique j'ai fait de s'investir en stage et le tout ça m'énerve. D'un autre côté je sais que la vie de tout médecin n'est pas du tout facile. Et donc je me disais ils pourront beaucoup galérer. Eh la plupart des médecins sont passionnés mais il y en a beaucoup qui en souffrent de leur travail. Je ne jalouse pas ça m'énerve. Je ne suis pas jalouse d'eux. Eh je ne me sens plus concerné je dirais même. Je ne me sens plus trop concerné. Je me sens un peu détaché. Je ne me sens plus trop médecin.	
Interviewer	Silence....bon tu as dit ceci ils n'étaient pas très investi pendant les stages alors que toi tu étais plus investi, mais ils ont réussi leur stage alors que toi tu as échoué. Qu'est-ce qui pouvait être la cause?	

Marjolaine	Bon eux ils ont beaucoup bossé pour avoir un bon classement à l'ECN. En médecine il y a beaucoup de surdoués. Je ne fais pas partie de surdoués, je fais partie des travailleurs. Il y a beaucoup de surdoués et du coup je pense que les connaissances quand on est juste travailleur et qu'on est pas surdoué quand on apprend quelque chose on oublie facilement si on applique pas. eux c'était beaucoup plus facile d'appliquer. Ils ne se prenaient pas la tête s'ils ne s'investissaient pas en stages parce qu'ils étaient sages, ils se pressaient pour aller à la bibliothèque pour réviser. Donc ils faisaient le strict minimum et les questions quand il fallait bon et voilà ça se passait bien. Ils ne se prenaient pas la tête. voilà. Et si tout se passe très bien c'est parce qu'ils ne sont pas stressés. Parce qu'ils ont un bon classement. Parce que pour eux ils disent bon pour ça marche pas pour moi.	
Interviewer	Bon est-ce que tu ne te disais pas que eux ils avaient d'autres choses qui les faisaient réussir?	
Marjolaine	Je ne crois pas. je pense que tout le monde a du travailler. Non je ne pense pas. effectivement il y a ceux qui ont su garder une bonne hygiène de vie.	
Interviewer	Qu'est-ce que cela veut dire?	
Marjolaine	Faire du sport à côté. Faire des activités à côté alors que moi en fait je me suis toujours senti au collège et au lycée j'ai toujours été une bonne élève. J'ai toujours ressenti que je travaillais beaucoup bon finalement je faisais pas d'activités à côté. Ce qui faisait qu'en fait quand j'avais besoin de plus de temps pour travailler en fait je ne pouvais pas. alors qu'eux ils avaient une grosse marge en fait, une	

	<p>plus grosse marge de capacité d'assimiler les choses. Donc que je pense qu'il y a aussi ça. Les médecins sont la plupart des surdoués. Et ils ont une capacité à assimiler beaucoup de choses et à faire d'autres choses à côté. Beh voilà c'est une facilité qu'ils ont et ils travaillent beaucoup. c'est mérité je dirais. C'est vrai il y a beaucoup d'enfants médecins c'est pas ça qui jouent autant. Au contraire ça met la pression hein. Je connais beaucoup d'enfants médecins qui ont des parents cardiologues anesthésistes et finalement ils ont la pression c'est pas eux qui réussissaient forcément mieux eh eh</p>	
Interviewer	<p>Mais si par exemple tu avais eu des parents médecins une mère ou un père médecin est-ce que tu aurais eu les mêmes problèmes?</p>	
Marjolaine	<p>Beh Déjà j'aurais été prévenu de la difficulté du métier. Peut-être qu'ils m'auraient été déconseillé de faire médecine, eh eh et par contre ils auraient pu me rassurer de fois quand j'avais mal quand j'avais des moments d'interrogation quand je me remettai en question parce que j'avais l'impression que c'était plus dur un moment ou à un autre, ils auraient du me rassurer disant que c'est normal voilà. Dire quand on est aux études on ne doit pas se comparer aux autres puisque finalement le but c'est la finalité c'est un concours, quand on se compare aux autres on a l'impression que les autres ne sont pas fatigués qu'ils ne travaillent pas beaucoup qu'ils sont démenottes, c'est vraiment l'esprit du concours du début à la fin. Même si on devient très démenottes les gens ne se relachent plus, après ça roule tout de suite les gens comparent leurs notes</p>	

	voilà c'est normal c'est la sélection qui fait que qu'on a les meilleurs qui font médecine. Je dis si on prenait tout le monde voilà il faut que c'est normal que ce soit comme cela. Pour ça ne me choque que ce soit comme ça.	
Interviewer	Est-ce que ceux qui avaient les parents médecins, est-ce que tu as suivi qu'une personne qui a un parent médecin a arrêté?	
Marjolaine	Non je n'en connais pas.	
Interviewer	Donc tous ont réussi. Tous ont fini.	
Marjolaine	Je crois.	
Interviewer	Tu penses que qu'est-ce qui pouvait être à l'origine de cette réussite?	
Marjolaine	Beh ceux qui avaient des parents médecins ils poussaient vraiment il faut que tu fasses ça il faut que tu fasses ça voilà. Je dis je ne sais pas dire ce qui était prioritaire pour bien réussir à l'ECN. Pourtant moi c'était une notion très très travail.	
Interviewer	Donc tu veux par là dire que tu n'avais pas de personne de référence?	
Marjolaine	Je n'avais pas de modèle.	
Interviewer	Bon quoi encore pouvait leur faire réussir ceux là ceux qui avaient des parents médecins?	
Marjolaine	Non non je trouve que effectivement quand on arrive en première année de médecine, j'avais une copine qui était comme moi. On venait du même lycée. On avait du mal de voir des enfants de parents médecins qui étaient vraiment remplis sur deux mon papa tout ça machin voilà et finalement à la fin c'est devenu tout le monde dans la même galère, tout le monde doit travailler et finalement ça	

	compte pas tant que ça ça compte pas tant que ça. Je pense que ça compte pendant l'externat mais c'est pas ça qui influence tellement. C'est pas ça.	
Interviewer	Est-ce que leur père venait souvent sur le terrain du stage pour leur rendre visite?	
Marjolaine	Non jamais, jamais, la plupart des enfants des médecins, ils étaient sur la côte ou à deux heures de route. Vraiment il y a je veux dire il n'y a jamais eu hein, j'ai jamais vu d'étudiants en médecine en présence en même temps de ses temps. En même temps ça serait un gène. Toutefois, je pense que c'est un faux problème qu'être enfant de médecin. Ça motive les enfants de faire médecine et non d'autre chose. Les parents sont fiers, ils leurs disent comment faire, ce qu'il faut prioriser et tout ça. Mais après ce n'est pas les parents qui travaillent à la place des enfants.	
Interviewer	S'il fallait maintenant parler de par exemple une personne vient te voir, elle te dit je veux faire médecine. Qu'est-ce que ce tu vas lui dire?	
Marjolaine	Bizarrement je vais pas l'empêcher si elle est très motivée et si elle a des capacités. Si elle s'en sort très bien à l'école. Si elle a des activités à côté. Moi par exemple j'ai ma belle sœur bon beh la petite sœur de mon copain qui l'année dernière hésitait entre médecine et kiné. Et depuis un an, c'est le même concours médecine et kiné. Du coup il n'y a pas trop de choix à faire et à cause de mon copain finalement hein ça la un peu passer l'envie de faire médecine. Et moi je lui dis souvent si t'as envie de faire médecine tu fais médecine. Puisqu'on te prévient,	

	médecine c'est long, médecine c'est dur. Il faut beaucoup travailler. C'est sur qu'en travaillant tu peux avoir quelque chose d'intéressant. Mais hein voilà il faut juste les prévenir. Par contre si ce sont mes enfants, je leur dirais regardez autre chose.	
Interviewer	Pourquoi?	
Marjolaine	Pourquoi parce qu'en fait je n'ai pas envie qu'ils se frottent à moi. Puisque on est pas à l'abri d'une difficulté, voilà on est pas sur que tout se passe bien. Voilà. C'est tellement long, il va avoir un moment où il faudra forcément où la personne va craquer.	
Interviewer	Ne penses-tu pas que le fait d'échouer c'est une façon de limiter le nombre de médecins?	
Marjolaine	Je ne penses pas qu'ils pensent comme cela. Hein, moi je dirais même qu'ils là on peut parler de numerus clausus et après on peut parler. En fait je dirais que le concours n'est pas assez sévère. On ne tient pas compte de la résistance physique. Il faudra déjà faire un oral mais bon voilà, je dirais si c'est facile d'apprendre par cœur pour avoir les qcm. Quand on est jeune c'est facile d'apprendre par cœur. Après on est une personne pour savoir si on va tenir le coup ou pas physiquement. L'épreuve militaire pendant 24 heures n'est pas assez sélectif. Il est sélectif pour les examens externes. Voilà c'est plutôt ça que je dirais. Voilà. Je suis en face de quelqu'un qui est passé après moi et qui a réussi son parcours jusqu'à la fin.	
Interviewer	Mais quand on voit les chiffres le nombre de médecins disponibles, c'est pléthorique, on dit qu'il y a 300 000	

	médecins sans compter les internes. Mais pourquoi est-ce qu'il y a baisse d'effectifs?	
Marjolaine	<p>Déjà il y a peu qui s'installent. Il y a peu qui s'installent. Je ne sais pas comment ils sont comptés. Hein après je ne sais pas si c'est juste qu'il y a aussi hein les nouveaux ne veulent pas s'installer et puis, la même chose des autres qui sont sacrifiés. On ne veut plus entendre parler de médecins qui se sacrifient totalement aux patients, 12 heures par jour, tout le monde veut une vie normale. C'est pour cela qu'il y a beaucoup de jeunes qui hésitent à s'installer. Voilà c'est pour cela. Après je pense que c'est plutôt un problème de symétrie entre la population qui est vieillissante qui requiert plus de médecins. C'est un peu ça. La clientèle gériatrique demande beaucoup plus de soins qu'une personne qui ne l'est pas. c'est un peu ça. C'est en fait un changement de population. Par exemple on ne peut pas se permettre de monter trop le numerus clausus. C'est impossible parce que par exemple moi j'étais étudiante en 5^e année, et lors de ma promotion il y avait 170 étudiants en médecine. La promotion où j'ai redoublé ils étaient 200 internes en médecine. Ce qui fait quand ils sont entrés en stage externe, on pouvait être 7 externes pour un interne. Ce qui est énormissime pour la formation. Et du coup on ne peut se permettre de hein d'augmenter le numerus clausus sans dire comment on va faire la formation et l'encadrement. Il y a une des solutions c'est serait de dire aux cliniques, le privé de prendre également les étudiants parce que le public ne peut plus parce qu'il y a trop d'externes pour les former. C'est</p>	

Interviewer	Pourquoi est-ce que le privé ne prend pas en charge les internes?	
Marjolaine	Je pense que c'est un peu pourquoi parce que c'est un peu déjà c'est les gens il y a des gens qui veulent aller dans le privé parce qu'ils savent qu'ils ne seront pas gérés par les étudiants. Même si les étudiants c'est une main d'œuvre qui n'est vraiment pas chère former ça prend du temps et la clinique c'est vraiment efficacité rapidité voilà. C'est plutôt un problème d'actes et en clinique c'est pas universitaire c'est pas de résoudre le plus gros diagnostic c'est pas ça pour eux c'est multiplier les actes tout en ayant une bonne qualité alors qu'au CHU c'est là où on tasse les choses on fait de la bobologie. Le but c'est pas la quantité déjà c'est former les médecins tout en essayant d'autre chose voilà avec des budgets. Ça fonctionne totalement différent.	
Interviewer	Bon pendant tes stages. Tu as vu combien d'internes tomber?	
Marjolaine	J'en ai vu un en fait. Je pense que j'avais une interne en neurologie ceux que j'ai cités sont pas forcément très bien classés en termes de connaissances. Mais en fait, elle n'a pas tenu le rythme. Par exemple, ils avaient beaucoup de gardes. Sauf qu'en fait ils ne pouvaient pas prendre de repos de garde. Ils enchaînaient vraiment le travail. Donc elle a abandonné pour faire médecine générale. Je sais qu'il y avait eu un abandon en orthopédie. Après l'orthopédie c'est un milieu très vasculaire. Et là c'était une femme je pense qu'elle n'a pas pu s'imposer et c'est très exigeant et je pense que c'est la chirurgie. J'ai vu en cardiologie. J'ai	

	<p>vu une interne qui étais en cardiologie. Elle avait un problème relationnel avec les patients et donc du coup elle est allé en pneumo et ça se passait pas bien et du coup on la mis en médecine nucléaire. J'ai vu un interne qui étais en hémato et finalement on l'a redirigé vers la médecine du travail. J'ai vu plusieurs échecs. Et ça j'ai toujours eu peur d'être comme eux. Et c'est à peu près ce qui m'est arrivé.</p>	
Interviewer	Est-ce que tu as eu à causer avec eux?	
Marjolaine	<p>Non. Non non mais hein la seule fois que j'ai pensé que ça se passait mal et que j'en ai parlé c'est en dernière année en 6^e année. Je savais que j'avais un mauvais classement à l'ECN. Le concours blanc ne se passait pas très bien. Je suis allé voir le doyen. Et le doyen c'était le chef de service de pneumologie et je l'ai rencontré l'an passé. Il était très abordable, très gentil. Il avait dit si vous avez des questions vous pouvez passer me voir. Je suis allé le voir et je lui ai dit voilà je me pose la question de redoubler je vais rater mon externat mon ecn. Et il m'a dit comme à rennes nous sommes dans une politique anti redoublement. Sinon ça favorise la concurrence. Donc il n'était pas du tout pour le redoublement. Je lui ai dit je voudrais faire psychiatrie. Il m'a dit psychiatrie il faut vraiment essayer parce que franchement. Il n'était pas vraiment pour. Il sait que c'était très spécial. Mais après il m'a fait savoir que sa sœur était médecin du travail. Mais il m'a dit pour vous je ne m'inquiète pas. il m'a dit en stage ça va passer. Et finalement ça s'est mal passé.</p>	

Interviewer	Bon pour toi. Quels pouvait être les éléments qui pouvaient t'aider à pouvoir réussir ton internat?	
Marjolaine	Bon je pense que c'est effectivement beh il n'y avait pas de courant ouvert je vais dire dire que j'ai telle difficulté, parce qu'à l'école je pense que j'étais trop timide et je subissais les choses que je devais demander de l'aide en fait. Et plutôt d'avoir mal à la gorge ou de pleurer j'aurais du aller voir un adulte pour lui demander de l'aide. Discuter avec plusieurs médecins pour voir comment on peut organiser les choses. Voilà je pense que c'est juste ça en fait ne pas attendre la fin pour dire que ça ne va pas. c'est pareil pour les responsables, ils m'ont vu en difficulté, ils n'ont rien fait. Et après c'est à moi de faire les démarches. Je n'ai pas fait la démarche.	
Interviewer	Quoi encore par exemple?	
Marjolaine	Si on veut dire les lacunes. Le soir j'essaye de réviser. J'étais un peu fatigué, j'essayais de réviser, de combler mes lacunes. En psychiatrie il y a plus de lacunes qu'en médecine générale. Et puis avoir une meilleure hygiène de vie. Depuis que je suis interne, je mange très peu. Je mange mal. Je mange des miettes. J'arrive plus à manger.	
Interviewer	Est-ce que vous avez eu une infection urinaire?	
Marjolaine	Non	
Interviewer	Parce que il y a un médecin qui m'a dit que les internes n'arrivent même pas à aller aux toilettes.	
Marjolaine	En psychiatrie si. La psychiatrie c'est vraiment une spécialité où on prend vraiment le temps. Et donc il y a des moments de rush et d'agitation. je pense qu'en gériatrie il y a des gens qui avaient le temps d'aller aux toilettes. De	

	ce côté-là finalement je n'ai pas eu de plaintes. Finalement j'ai pas plus travaillé qu'en médecine interne. Je n'ai pas eu d'infection urinaire.	
Interviewer	Bon ton troisième échec c'était quoi?	
Marjolaine	Hein. Est-ce que c'était la psychiatrie adulte ou la médecine du travail. La psychiatrie adulte je suis allé jusqu'à la fin. Mais j'ai eu l'impression que cela ne m'a pas aidé. En psychiatrie adulte, je me sentais très très mal.	
Interviewer	J'ai une question à te poser. Qu'est-ce qui t'a amené en médecine?	
Marjolaine	Parce que je voulais faire pédiatrie. Parce que j'adorais les sciences.	
Interviewer	Mais tu n'as pas réussi à entrer en pédiatrie?	
Marjolaine	Non c'est parce que en 3 ^e année je me suis rendu compte que la pédiatrie ce n'était pas si simple que ça. Que la prise en charge des parents. En plus j'étais trop timide. On m'a dit ce n'est pas une raison d'être timide à tous les temps. Cela changera avec le temps. C'était plus facile pour moi rester derrière un interne à faire mon travail. De faire tout ça pour aider que d'être devant en fait.	
Interviewer	Est-ce que le fait d'avoir échoué ce n'était pas le fait que tu ne prenais pas des initiatives?	
Marjolaine	S'il y avait eu initiative, cela devrait être des initiatives par hésitation. Je trouve que ce n'est pas une bonne décision de faire les choses au hasard. Donc non c'est on a jamais en tant que médecin de prescrire au hasard. De décider au hasard quand on ne sait pas. quand on ne sait pas on demande. Mieux vaut se faire engueuler parce qu'on a demandé que de faire des erreurs. voilà je me suis toujours	

	dit si un jour je fais une grave erreur médicale j'arrêtais médecine. Je me suis toujours dit ça. Je pas fais de graves erreurs médicales.	
Interviewer	Est-ce que à un certain moment tu es arrivé tu étais face aux difficultés, tu as dit qu'est-ce que je fais ici?	
Marjolaine	Oui. En fait à un moment donné j'ai dit je veux arrêter. Je ne sais pas comment. mais je veux arrêter médecine.	
Interviewer	Et qu'est-ce qui t'a empêché d'arrêter?	
Marjolaine	Ma mère. Le manque de soutien pour ne pas arrêter. Je me dit que si j'arrête il n'y a personne qui sera là pour m'aider.	
Interviewer	Donc tu voulais une personne sur qui t'accroché qui va te dire arrête. Et puis vient faire autre chose.	
Marjolaine	Et puis il y a les difficultés financières. Et le fait qu'on a pas de diplôme quand on arrête. C'est juste le bac. En fait maintenant j'ai un master 1. En fait c'est le fait de recommencer depuis le départ. Et puis quand on vieillit on a plus de mal à reprendre une formation.	
Interviewer	Mais quand tu finis l'externat tu as un parchemin. Tu as un diplôme qui ne vaut rien.	
Marjolaine	Tu as un diplôme qui ne vaut rien. Qui ne vaut rien du tout. c'est un diplôme du second cycle médical. Il sert juste pour faire médecine. Il ne sert à rien ce diplôme. Ce qui sert c'est juste la thèse. Le deuxième m'a permis de passer le master 1 sans passer sans reprendre la licence. D'aller directement en master 1 voilà.	
Interviewer	En fait ça sert quand même à quelque chose. Ça dit quand même que tu as	
Marjolaine	En fait je m'étais beaucoup renseigner sur les passerelles. Et en médecine il n'y a pas de passerelle. Par exemple s'il	

	faut faire pharmacie, il faut aller jusqu'à la thèse de médecine. Et reprendre en deuxième année de pharmacie. Alors qu'un étudiant en pharmacie, en troisième année il peut reprendre il peut aller en médecine. Et bien voilà, là je peux. Avec mon niveau je peux être aide soignante. Ou infirmière après une formation de 6 mois.	
Interviewer	Bon est-ce que tu penses que bon qu'est-ce que tu peux proposer pour pouvoir améliorer cette formation?	
Marjolaine	Qu'est-ce que je pourrais proposer. Hein. En fait en première ils instaurent le tutorat. Quand on commence l'internat et le fait d'avoir un tuteur mais qui soit vraiment qui peut faire le lien directement entre l'interne et la direction quand on ne se sent pas très bien. J'ai attendu deux ans pour dire que je ne me sens pas très bien. Si je l'avais dit plutôt ça aurait plus simple. Un gagne temps. Je pense avoir un intermédiaire en dernière année en médecine qui puisse nous aider à solliciter un professeur qu'on ne comprend pas.	
Interviewer	Est-ce que tu as échoué aussi parce que tu sentais que tu n'étais pas faite pour ça ou bien?	
Marjolaine	Oui.	
Interviewer	Parce que ton corps n'étais pas préparé à faire ça.	
Marjolaine	Beh. Il faut une très bonne condition physique pour faire médecine. Et sinon oui en fait je sentais que je n'étais pas faite pour ça. Autant j'adore aider les gens, les soigner, j'adore ce qui est médical. Je ne veux pas avoir les responsabilités d'un médecin. Je ne veux pas être médecin en fait.	
Interviewer	Pourquoi tu refuses d'être médecin en fait?	

Marjolaine	Parce que je n'ai pas envie de faire quelque chose qui soit nocif. Pour moi s'il faut faire médecine, il faut être très bon.	
Interviewer	Donc tu veux être médecin mais sans prescrire. C'est ça?	
Marjolaine	Sans prescrire. Il y a des médecins qui ne prescrivent pas et qui font. Les médecins de travail ne prescrivent pas mais ils peuvent dire celui là est en arrêt de travail. C'est ça. Il faut ne pas avoir de contact direct avec les patients même si c'est ce qui est intéressant. Mais moi je ne veux pas de responsabilités en fait.	
Interviewer	Maintenant que tu fais santé publique. Est-ce que tu te sens à l'aise?	
Marjolaine	Pas du tout encore puisque j'ai commencé le master c'est la théorie. Je vais dire il y a un séminaire de validation sur angers là où les 4 ^e année viennent présenter leur travail qu'ils ont fait depuis 4 ans depuis 2 ans. Là cela me permet de me montrer une idée est-ce que cela me plairait. J'ai fait le grand bond en santé publique mais je ne suis pas encore sûr que j'ai fait le bon choix. Je le fais à défaut de faire médecine. Parce que personne ne me dit il ne faut pas que tu arrêtes médecine. Bon voilà. J'aimerais faire master 2 pour avoir un vrai diplôme. Et on me dire qu'il faut attendre 4 ans pour avoir une thèse cela me paraît vraiment très long. Un stage d'internat c'est 6 mois. Le stage 6 mois c'est très long c'est énormissime.	
Interviewer	Bon parce que même jusqu'à présent tu dis que tu n'es pas prête, tu n'es pas sûr dans la filière que tu veux. Tu veux quoi en principe?	

Marjolaine	<p>Moi j'aimerais arrêter médecine et trouver un travail pas compliqué ou je puisse m'épanouir. Quand j'étais en première année, j'étais ambitieuse. J'ai fait plein de choses. Là j'aimerais avoir du temps. J'aimerais avoir un travail intéressant à temps partiel. Et pouvoir gérer tout en fait. En fait j'ai subi l'internat en fait. C'est trop physique et moi je n'ai pas l'endurance pour être interne. Et dès qu'il y a responsabilité il y a du stress. Et dès qu'il y a du stress ça me fatigue. Voilà j'ai envie de souffler. Il faut travailler, la reconnaissance sociale c'est important. Je voudrais trouver un travail intéressant. Quand j'étais en psychiatrie adulte par exemple, tous les weekends, je pensais à tous mes patients. Je refaisais toutes les chambres. Je n'arrivais pas du tout à décrocher. J'ai pensé tout le temps. Pour moi les vacances ça ne sert à rien. Pour moi les vacances me servent à ne pas me stresser de ne pas aller au travail. moi je veux un travail où on puisse décrocher. Je travaille au centre antipoison. J'ai commencé cela fait quatre mois. Quand je rentre le soir je ne pense plus trop à mes patients. Je suis super encadré, je ne pose pas trop de questions. Voilà. Le weekend je ne suis pas stressé d'avoir un travail. Je ne veux plus être stressé à cause du travail sérieusement.</p>	
Interviewer	<p>Et s'il fallait maintenant parce que là tu es presque à bout, tu veux arrêter mais tu ne sais pas où aller. bon si on te demande maintenant là s'il faut te réorienter en médecine toujours, tu prendras quelle filière.</p>	
Marjolaine	<p>Ça dépend avec une bonne santé, je ferais médecine interne. C'est la plus dure parce que c'est la plus exhaustive. J'ai beaucoup aimé les cours de gastro et</p>	

	les maladies gastro. Mais la médecine interne est la filière ou le soir tu as envie de bosser. De te renseigner pour une question de patients. Je suis contente de l'expérience que j'ai eu en médecine interne parce qu'on voit des choses. J'ai trois mois en chirurgie cardiovasculaire. Je ne verrai jamais ça ailleurs.	
Interviewer	Donc tu penses que l'hôpital n'est pas fait pour toi?	
Marjolaine	Ça ne me dérangerai pas de travailler dans le milieu paramédical. Parce que nous sommes détachés des médecins. Nous ne sommes plus médecins. J'ai des connaissances médicales. Non c'est pas le problème l'hôpital.	
Interviewer	Quand tu dis que tu es carrément détaché du milieu hospitalier. Qu'est-ce cela veut-il dire?	
Marjolaine	Cela veut dire que quand un membre de ma famille me demande je dis que je ne suis plus médecin.	
Interviewer	Tu le dis.	
Marjolaine	Oui je le dis. Par contre au centre antipoison je suis quand même interne. En parlant au téléphone, je me présente que je suis interne. Je dis que je suis médecin. Parce que c'est important pour eux et j'ai des connaissances grâce à mes stages qui sont variés.	
Interviewer	Cela veut dire carrément qu'au quartier tu dis que tu n'es plus médecin?	
Marjolaine	Je ne dis rien puisque je ne rentre plus trop au village. Pour moi la santé publique ce n'est plus la médecine pour moi c'est être au service de la médecine. Les médecins ont des stéthoscopes mais ils ne prescrivent plus. Il y a bien des hommes d'administration qui font santé publique. Pour	

	moi ce n'est pas la médecine. Je dirais que ceux qui font les statistiques ne font pas médecine.	
Interviewer	Ce sont des médecins.	
Marjolaine	Ce sont des médecins mais je ne pense plus qu'ils disent qu'ils sont médecins. Je ne saurai pas dire à mes enfants que je suis médecin alors que je ne consulte plus un patient. pour moi ça ne veut rien dire. Donc que	
Interviewer	Bon qu'est-ce qui t'a fait arrêter? Parce que tu sens que tu n'as plus de capacités? Parce que tu sens que ce n'est pas fait pour toi? Parce que tu sens qu'il n'y a aucune motivation? Qu'est-ce qui t'a fait arrêter?	
Marjolaine	Hein le côté physique santé et aussi d'un autre côté sans conditions économiques je ne me sens pas à la hauteur.	
Interviewer	Qu'est-ce qui te dit que tu n'es pas à la hauteur?	
Marjolaine	Parce qu'un médecin pour moi il doit être fort et résistant, il ne doit pas montrer ses failles au patient. Il doit être sûr de ce qu'il dit. Et voilà c'est plutôt ça en fait. Moi je ne suis pas faite pour ça.	
Interviewer	Est-ce que tu as déjà eu des pensées suicidaires?	
Marjolaine	Des idées noires. Des idées noires.	
Interview	Qu'est-ce que cela veut dire idées noires?	
Marjolaine	Idées c'est on en veut plus. Bon en fait. On perd le goût de vivre. C'est un peu cela.	
Interviewer	Tu t'es dit qu'est-ce que je fais ici?	
Marjolaine	Oui voilà en fait on ne dit rien à côté. Je vivais avec mon copain. On se parle. On ne dit plus rien. Et quand on est pas bien on est conscient qu'il se passe quelque chose. Donc voilà c'est plutôt effectivement. Voilà c'est l'une des	

	raisons pourquoi je me suis arrêté. Mon père s'est suicidé à l'âge de 37 ans. Et quand je faisais psychiatrie, en stage en psychiatrie, j'avais l'impression de voir des gens qui se suicidaient. Et donc il y avait des idées noires qui apparaissaient. Et donc c'était très mauvais pour moi.	
Interviewer	Ton père s'est suicidé pourquoi? Qu'est-ce qui s'est passé?	
Interviewer	Ton père s'est suicidé pourquoi?	
Marjolaine	On ne sait pas. il y a eu un conflit familial. Ils se sont discutés entre frères. Son frère s'est également suicidé. On ne sait pas trop ce qui s'est passé. Apparemment il était dépressif et ma maman n'était pas au courant. C'était une surprise.	
Interviewer	Est-ce que parce que ton père s'est suicidé que ça t'a affecté ou bien ce n'est pas ça?	
Marjolaine	Je pense que j'ai toujours été affecté. Je pense que si j'ai voulu faire psychiatrie c'était beaucoup plus pour cela parce que mon père s'est suicidé.	
Interviewer	Pour pouvoir comprendre.	
Marjolaine	Pour voir les mécanismes. Je suis dans le milieu agricole. À la campagne il y a dans mon village beaucoup d'agriculteurs qui se suicident.	
Interviewer	Pourquoi qu'est-ce qui se passe?	
Marjolaine	Parce que des fois il y a deux choses il y a les difficultés agricoles les problèmes d'argent. La transmission des terres est impossible. L'agriculteur ne peut pas partir. Il ne peut pas se réorienter. S'il quitte ses terres, il va tout perdre. Du coup il se sent, si ça ne marche pas la terre, il n'y a rien. Ils vont se perdre, se fusiller. Des morts très brutales. Mon père c'est le premier à se suicider comme	

	agriculteur après il y en a eu plein. Un enfant avec qui j'étais à l'école le père ou la mère s'est suicidé. Pour moi c'est un milieu qui est pourri qui est néfaste.	
Interviewer	Est-ce que ce milieu là ne t'a pas affecté dans ta profession médicale?	
Marjolaine	Je pense que peut-être mais je ne me suis pas rendu compte. Et ça m'a fait bizarre quand un patient est plus touché que d'autres moi ça me fait penser à ce que j'ai vécu. De fois je me dis ce n'est pas juste parce qu'ils ont eu de l'aide et mon père n'a pas eu d'aide en fait.	
Interviewer	Est-ce que parce que ton père s'est suicidé ça ne t'a pas affecté?	
Marjolaine	Je pense que si. Je pense que si mais en fait je ne me suis jamais soucié quand j'étais petite. Mais oui je pense.	
Interviewer	Ça revenait chaque fois quand tu étais étudiante de médecine.	
Marjolaine	Non pas tout le temps. Pas tout le temps. C'est il y a des histoires qui sont différentes. Qu'on est agriculteur quand on a des conflits familiaux. C'est pas tout le temps. Effectivement quand je n'allais pas bien je pensais à ça tout le temps. Puisque je ne voulais pas finir comme mon père. C'est pour cela que j'ai voulu arrêter. J'ai dit je suis médecin je ne voulais pas je sais très bien, il faut que j'arrête.. Après je n'ai pas pu en parler aux médecins.	
Interviewer	Bon quand tu as eu ces idées noires là parce que est-ce que tu t'es dit maintenant là c'est fini?	
Marjolaine	Je me suis dit je ne veux plus. Quand je suis allé à la médecine du travail, ils m'ont fait comprendre que j'étais au bout du gouffre. Mon corps s'est complètement lâché.	

	J'ai arrêté de résister. Mon corps a fini de résister en fait. Je ne pouvais plus manger. Je ne pouvais plus, je ne pouvais plus. Je ne dormais plus la nuit. Je dormais la journée.	
Interviewer	Qu'est-ce qui t'a fait revenir maintenant parce que quand tu as eu ces trous noirs, ces idées noires, qu'est-ce qui t'a fait revenir?	
Marjolaine	Bon beh surtout le temps. Ça fait beaucoup de temps. Ce n'est pas maintenant seul. Ça m'est pris beaucoup de temps.	
Interviewer	Quelles stratégies tu as mis en place pour pouvoir revenir?	
Marjolaine	Alors comme je dis c'est l'une des raisons c'était ma mère. Comme elle s'inquiétait pour moi alors il fallait que je parte de chez ma mère au village. Je n'avais pas le droit de rester à angers. Donc à angers c'était mieux. Ah j'avais trouvé un psychiatre dans mon village et là je me suis trouvé un autre. Je n'ai pas l'impression que c'est très efficace je suis porté par mon copain. Il a besoin des antidépresseurs pour m'aider. J'ai trouvé le temps pour reprendre confiance en moi.	
Interviewer	Comment tu as fait pour reprendre confiance en toi?	
Marjolaine	Je n'ai pas trop gagné. Je pense que le master m'a aidé pas mal. J'ai eu le temps de verbaliser parce que depuis l'été dernier je n'en avait parlé à personne. C'est pouvoir verbaliser. En fait il y a un moment pour dire quand on est en psychiatrie et qu'on voit les patients on est très étonné de la façon dont ils peuvent se livrer peut se confier. Ils n'ont aucune estime d'eux pour parler de cette intimité. De comment ils vont mal. Effectivement j'avais j'avais et je	

	m'en foutais de ce que pensait les gens. Et il fallait que ça sorte. Voilà c'est aussi verbaliser les choses. C'est aussi entendu .qu'on reprenne ensemble.	
Interviewer	Et tu as verbalisé comment? Tu as parlé aux gens. Tu as fait comment?	
Marjolaine	Non c'était ma mère, mon compagnon. J'ai ici quelques copines mais je n'en ai pas parler.	
Interviewer	Bon quand tu es parti en médecine du travail, ils t'ont dit que tu n'es pas leur patient, c'est ça. Ou bien ils t'ont dit qu'ils ne veulent pas de toi.	
Marjolaine	Ce n'est pas ça. Ils n'avaient pas besoin de moi en tant que, ils n'avaient pas de problème d'effectif. Ils n'avaient pas besoin d'aide. Donc eh que je sois là ou pas cela ne change pas pour eux. Je me suis dit j'ai le droit de lâcher.	
Interviewer	Pourquoi tu es parti là bas en médecine du travail?	
Marjolaine	Parce que c'est une discipline qui est connue. Parce que ce sont les services qui me plaisent. La médecine du travail c'est connu pour ne pas être trop physique.	
Interviewer	Bon attends pourquoi tu poursuis toujours ce que tu aimes? Ou bien quand c'est difficile tu quittes tu vas ailleurs?	
Marjolaine	Oui est-ce que ce n'est pas mieux ailleurs. Je fouillais les filières après je me suis rendu compte que le problème c'était plutôt moi et non les filières. Je pense qu'au départ il y avait un problème d'encadrement. Moi j'ai la triche. Je pense que le problème c'était plutôt moi. J'ai eu beaucoup de temps à le reconnaître.	
Interviewer	Tu penses que tu pourras finir un jour tes études?	
Marjolaine	Moi je ne penses pas mais on verra.	

Interviewer	Donc tu ne penses?	
Marjolaine	Moi je ne vois pas comment je peux finir en quatre ans. Mon copain finit dans un mois ces études. Médecin généraliste. Donc que du coup il va entrer dans la vie active. Il va être autonome financièrement et tout ça. Moi je suis là.	
Interviewer	C'est ton conjoint ou bien ton copain?	
Marjolaine	Mon compagnon.	
Interviewer	Vous vivait ensemble?	
Marjolaine	Oui.	
Interviewer	Est-ce que lui il ne te vois comme une personne qui a raté sa vie ou bien.	
Marjolaine	Il dit plutôt pour tout ce que j'ai vécu je suis plutôt courageuse. C'est ce qu'il dit. Que quoi que je fasse il m'accompagne. Et que voilà.	
Interviewer	Et s'il fallait maintenant conseiller une personne qu'est-ce que tu allais dire?	
Marjolaine	Eh je lui dirais le plus et le moins. Je le dirais tout ce qu'il y a de bien en médecine. C'est super intéressant. Que tu apprendras toujours. Que tu auras toujours du travail. Puis je dirais c'est extrêmement dur. Il faut avoir une bonne santé. Des activités à l'extérieur. Il faut que tu sois sur de toi. Il ne faut pas intervenir il faut juste prévenir. Voilà moi je ne suis pas là pour dégouter les gens de la médecine.	
Interviewer	Est-ce qu'on t'a harcelé pendant tes études, pendant tes stages d'internat? On t'a intimidé?	

Marjolaine	Oui je connais l'intimidation. Mais je n'ai pas été intimidé. Si je n'allais pas vers eux c'est parce qu'ils étaient intimidants c'est juste que je n'avais pas fait la démarche.	
Interviewer	Est-ce qu'on t'a insulté?	
Marjolaine	Non.	
Interviewer	Est-ce qu'on t'a parlé mal? Est-ce qu'on t'a avancé les paroles négatives?	
Marjolaine	Oui on a des remarques négatives. Ce n'est pas insultant. C'est juste que les médecins qui viennent nous parler se mettent à gueuler.	
Interviewer	Bon sur le plan motivationnel, est-ce que tu es motivé à continuer cette formation?	
Marjolaine	Non. Non.	
Interviewer	Donc là maintenant là tu veux arrêter.	
Marjolaine	Je veux arrêter. Mon copain le sait moi j'ai envie d'arrêter. Mais je sais qu'il faut que je continue puisqu'on est rémunéré en tant qu'interne. Et ce que j'aimerais c'est m'inscrire l'an prochain en master 2. Il y a aussi rennes. Je ne veux plus entendre parler d'Angers.	
Interviewer	Pourquoi tu ne veux plus être Angers?	
Marjolaine	Parce que la ville d'Angers est bien mais j'ai des mauvais souvenirs. Et je ne veux plus entendre parler.	
Interviewer	Et quels sont ces souvenirs là d'après toi?	
Marjolaine	C'est l'échec. C'est pas forcément de solidarité quand on est interne.	
Interviewer	Et tu penses que c'est à rennes qu'il y aura tout cela?	
Marjolaine	À rennes c'est la nostalgie de l'internat. C'est la Bretagne.	
Interviewer	Tu as fait tes stages là et tu étais à l'aise là bas?	

Marjolaine	Oui.	
Interviewer	Et tu es venu à Angers pour ton internat?	
Marjolaine	Oui parce qu'Angers est une ville moins classée que rennes tout simplement. Je ne veux plus entendre parler d'Angers.	
Interviewer	Est-ce que tu es engagé. Quand tu vas aller à rennes est-ce que tu es engagé.	
Marjolaine	On peut faire des intersup. Le master c'est dispo.	
Interviewer	Et tu vas faire dea en quoi?	
Marjolaine	Mais je serais en master 2 santé publique mais orienté en pharmaco. C'est ça que je préfère. C'est ce qui m'intéresse. Moi ce que je veux c'est avoir un diplôme. Et après me reposer. Et pourquoi pas faire une famille. Chercher du travail. Je suis essoufflé. Ça fait 10 ans que je suis à la fac. Je ne veux plus entendre parler. Ça fait 10 ans et je me dis encore. Je vais peut-être changer dans 2 ans mais là j'en ai marre. ça ne m'intéresse pas de se faire engueler quand on est interne. Effectivement je n'ai pas assez d'expérience pour être médecin généraliste. J'essaie de prendre les décisions maintenant. Quand tu es interne tu la fermes et tu exécutes. Et si tu es fatigué c'est pas grave. Si on pouvait réduire les heures de travail cela m'intéresserait.	
Interviewer	Si on réduisait les heures de travail, tu pourrais supporter.	
Marjolaine	Ça dépend des autres. Beaucoup pourrait supporter. Moi je ne sais pas.	
Interviewer	Est-ce qu'il y a beaucoup qui abandonnent comme toi là?	
Marjolaine	Il y a quelques uns. Il faut contacter le professeur crouton pour avoir le nombre de personnes qui ont abandonné.	

Interviewer	Qui ont abandonné?	
Marjolaine	Oui. Il te donnera juste le nombre d'internes avec des difficultés. Combien par an qui ont des grosses difficultés. Qui abandonnent. Le nombre d'internes qui démissionnent. Combien reste combien se réorientent. Parce qu'il y a énormément de changement de filières.	
Interviewer	Ils partent de la médecine pour autre chose?	
Marjolaine	Non. Ils partent de la médecine générale vers la spécialité. Changer de spécialités en fait. Il y en a beaucoup. c'est pas parce qu'ils n'aiment pas. c'est parce que c'est trop dur. Ou parce qu'ils ont une désillusion par rapport à ce qu'ils ont vu quand ils étaient externes. Comme externe on voit que tout est beau. Et quand on est interne, on constate les difficultés qui sont derrière. Quand on est externe on a 3 heures de stages par jour. On n'a pas 10 heures de stages. On ne voit pas les mauvais côtés en fait.	
Interviewer	Cela veut dire qu'on ne t'a pas préparé à l'internat.	
Marjolaine	Non. On sait que c'est dur mais on ne sait pas à quel point c'est demandant pour y rester. On sait que très dur. On pense qu'on peut le faire parce que d'autres internes ont réussi.	
Interviewer	Et si maintenant là on te dit voici un poste d'internat par exemple en médecine générale. On te dit tu peux venir. Quelle sera ta réaction?	
Marjolaine	Si on m'impose je le ferai je pense. J'essaierai.	
Interviewer	Tu vas essayer mais tu ne finiras pas?	
Marjolaine	En fait cela a toujours été mon caractère d'abandonner. Je n'ai jamais arrêté mes études mais maintenant je pense le temps à abandonner. Je fuis.	

Interviewer	Tu abandonnes parce que tu as ce caractère là ou bien parce que l'école est difficile?	
Marjolaine	Eh non c'est mon caractère. Dès qu'il y a un truc qui ne va pas un échec, j'arrête. C'est mon caractère. Je n'arrive pas à surmonter les difficultés. Après j'ai toujours voulu travailler. Je suis en train de chercher une voie par laquelle je sortirai.	
Interviewer	Donc tu veux là ou tu seras à l'aise.	
Marjolaine	Oui.	
Interviewer	Pour toi que veut dire travailler? Parce que travailler veut aussi dire souffrir aussi.	
Marjolaine	Le travail est une activité ou on produit quelque chose. Un travailleur intellectuel au service des gens. Qui est rémunéré donc qui permet d'être indépendant. Et qui est reconnu socialement. Quelqu'un qui travaille est forcément plus en bonne santé de la moyenne que les gens qui ne travaillent pas. ça fait partie de la santé. C'est officiellement très important. C'est aussi gagner de l'argent. C'est valorisant. Le travail c'est important et après on ne peut pas travailler de la même façon. Mais en médecine on a le droit de faire des pauses. De pouvoir se réorienter. Il y a des gens qui n'ont pas le choix. Ils s'hallucinent. Voilà j'ai beau être en médecine. Je vais prendre une pause. Si j'arrête je n'ai pas d'argent. C'est pour cela que je suis là bas. Effectivement les enfants des médecins s'ils arrêtent ils ont un soutien financier. C'est la seule chose qui est différente.	
Interviewer	Donc pour toi si tu avais un soutien financier, tu devais arrêter finalement.	

Marjolaine	Oui pour refaire une autre voie. Ouais. Je pense.	
Interviewer	Tu devais faire quoi?	
Marjolaine	Je pense qu'il faut bien réfléchir avant de s'engager. Je ne sais pas. je suis tellement hésitante. C'est mon caractère. C'est mon caractère. Mon ressenti en médecine il est propre à moi. Il n'y a personne qui réagit de la même façon que moi. Il y a d'autres qui vont souffrir. D'autres ils vont rester tout seul. Moi j'essaye de diverger comme cela. J'ai une personnalité évitante.	
Interviewer	Est-ce que le fait d'aller à gauche ou à droite, ce sont les événements de la vie ou bien c'est ta personnalité?	
Marjolaine	Je pense que j'ai beaucoup affronté quand j'étais jeune.	
Interviewer	Tu as affronté quoi	
Marjolaine	Beaucoup de difficultés.	
Interviewer	Quelles par exemple?	
Marjolaine	Au niveau familial, au niveau financier. Les problèmes de la mère. J'ai des problèmes de santé. À l'école j'étais un peu une rebelle. Les profs ne m'aimaient pas. j'ai l'impression d'avoir beaucoup toléré cela. Et puis un moment on dit stop j'ai envie de faire un truc que j'aime parce que j'ai beaucoup travaillé pour. Et voilà d'être respecté. Je me suis donné le luxe de faire quelque chose que j'aime sans trop souffrir. Quand je dis que je souffre, j'en souffre vraiment. Au point cela m'empêche de profiter de la vie. Je souffre. Ce n'est pas les caprices. Moi depuis que je suis né c'est vraiment un reflet de la souffrance. C'est un peu comme cela.	

ANNEXE T
ENTREVUE RÉALISÉE AUPRÈS DE WILLIAM

Tableau 23

Qui parle?	Extraits	Catégories
Interviewer	Qu'est-ce qui t'a amené en médecine?	
William	La médecine c'est un long parcours là. Quand j'ai commencé en 2005 mon cours de médecine, au début c'était beaucoup plus l'intérêt pour apprendre, comprendre les choses, comment ça marche. C'était aussi pour avoir un rôle valoriser par la société. C'était cet intérêt là. À ce moment là je m'imaginais pas vraiment dans le rôle avec les responsabilités au sein d'une équipe. Dans mon parcours en fait, les 2 premières années de médecine, ou c'était devenu beaucoup plus concret, avant de commencer les stages, j'ai pris une pause. J'ai fait une session en philosophie. Parceque justement le ça commençait à ressembler à un travail beaucoup plus technique, de répétition de vider toutes les cases, d'aller chercher toute l'information, c'est quelque chose que j'ai continué à vivre à la résidence. J'ai décidé quand même de retourner en médecine parce que la philosophie c'était mon autre intérêt. Puis dans le fond je suis revenu en médecine avec pour intérêt pour la santé publique. Pour pouvoir faire des choses qui ont le plus impact possible sur la santé des populations. Ça m'a fait une réflexion ou je suis rentré vraiment dans la partie clinique de mon parcours ayant cet intérêt d'améliorer la santé, la qualité de vie, la condition des gens.	
Interviewer	Oui et maintenant quand tu entrais en médecine, quel était ton degré d'engagement c'est-à-dire que de la première année jusqu'en 4 ^e année. Parce que je sais ici c'est quatre ans. En France c'est 5 ans.	
William	Ça dépend des universités ici aussi.	
Interviewer	Je sais qu'à Montréal il y a la première année préparatoire Montréal et McGill. Dont quel était ton degré d'engagement.	

William	Qu'est-ce que tu veux dire?	
Interviewer	Est-ce que tu étais motivé. Est-ce qu'à ce moment là tu as est-ce que la motivation a baissé ou bien?	
William	La motivation a baissé progressivement.	
Interviewer	Pourquoi?	
William	Parce que les premières choses qu'on faisait c'était vraiment plus ça ressemblait beaucoup plus à la raison que je t'ai dit c'est-à-dire apprendre à comprendre comment les choses fonctionnaient. Au cegep le cours de biologie, un cours qui m'a intéressé parce qu'on parlait de la molécule jusqu'à la compréhension des écosystèmes. C'est ce que je voulais apprendre. Les premières il y a des choses que c'était variable, quand c'était des choses qui étaient beaucoup plus hein un apprentissage par technique beaucoup plus pointu, ça m'intéressait moins. J'ai fini par aller en psychiatrie. La santé publique ça m'intéressait. La biologie de base ça m'intéressait aussi mais entre les deux de vraiment. Le travail clinique au quotidien ça pris du temps avant que ça m'intéresse il a fallu que je développe des compétences avant d'être capable de m'intéresser. J'ai trouvé ça très très pénible.	
Interviewer	Et qu'est-ce qui t'a motivé à aller en psychiatrie?	
Manush 1	C'est le en fait ma motivation profonde par rapport au patient c'est que en psychiatrie on part toujours d'un problème qui du patient qui car même une situaion problématique et puis je n'avais pas le goût d'expliquer les choses au patient qui ne l'intéresse pas qui n'affecte pas sa vie. En psychiatrie on a en fait ce en tout cas il y a aussi d'autres façons de faire la psychiatrie. Mais ma perspective de ça c'est que on règle les problèmes qui affectent la vie du patient. C'est d'améliorer la trajectoire pour avoir une meilleure évolution possible par rapport à ce qui est important pour lui, dans le fond c'est beaucoup plus facile d'avoir une pratique qui est orientée vers la santé positive en psychiatrie alors dans d'autres spécialités c'est beaucoup plus les techniques. J'ai aimé d'autres choses. J'ai aimé la chirurgie mais j'avais l'impression que si je faisais chirurgie	

	<p>je n'aurais pas l'impression de faire ce pourquoi j'étais resté en j'étais revenu en médecine ce pourquoi j'étais resté pour améliorer la qualité de vie des gens. C'est plus, j'ai une capacité de voir ça à long terme. Ça prend ça pour faire de la psychiatrie. Ça prend du temps avant que ça s'améliore. Sauf que on travaille, on modifie les choses qui continuent de fonctionner qui continuent d'évoluer quand le patient est dans un état comportemental. C'était un peu ce qu'on fait en pédagogie là. Le rôle de professeur là. On a un impact et l'impact ce n'est pas juste qu'on le fait qu'on a un impact mais ça continue d'avoir un impact. C'est ce que j'aime en psychiatrie.</p>	
Interviewer	<p>Et pendant ton cycle d'externat comment était ton rapport avec tes superviseurs. Les liens avec tes professeurs.</p>	
Manush 1	<p>On a pas eu le temps de faire beaucoup de liens avec les professeurs pendant l'externat penant les stages de un mois à la fois. Des fois moins que ça. On change de professeurs d'une semaine à l'autre. En fait ce que j'ai trouvé particulièrement difficile c'est la logistique de tout cela c'est de devoir changer de milieu de réapprendre comment fonctionne chaque unité. C'est beaucoup plus ça. Je n'ai pas vraiment eu l'occasion de créer des liens. ça me prend beaucoup plus de temps pour créer de liens. J'ai besoin de comprendre un peu mieux comment les gens pensent avant de penser à me faire des liens.</p>	
Interviewer	<p>Oui et pendant l'internat, est-ce que tu penses que les cours que tu as reçu pendant l'internat t'ont permis de comprendre l'externat?</p>	
Manush 1	<p>Ça dépend des domaines. Ça permet de bien comprendre qu'est-ce qu'on fait par exemple en médecine interne, ce qui touche la médecine des organes, les hospitalisations assez bien. Dans d'autres domaines comme la médecine de famille pas du tout. c'est quelque chose qui m'a convaincu que je ne pouvais pas devenir médecin de famille. Les connaissances n'étaient pas c'est tout nouveau là, il faut faire un bureau là et avoir à traiter une onychomycose un champignon aux ongles d'orteils puis avoir jamais entendu parler de ça et tout ce guide de pratique là ça m'a un peu dépassé par rapport à ça. De pouvoir avoir</p>	

	toute cette information là. Être inconfortable avec ça. Le fait d'apprendre par expérience dans ce domaine là. J'ai vraiment trouvé ça difficile.	
Interviewer	Bon est-ce que l'apprentissage par problème, est-ce que ça t'a aidé à comprendre les cas cliniques pendant l'externat?	
Manush 1	Oui je pense dans la mesure où on avait appris d'une façon et on avait des professeurs qui adhéraient à cette façon là de fonctionner. C'était comme un point, on avait le même langage. Ça aidé quand même. Ça m'a aidé encore plus plutard. Ça m'aide je pense dans cette perspective là. Ça m'aide encore aujourd'hui là.	
Interviewer	Bon quand tu as fini l'externat, est-ce que tu étais préparé pour la résidence?	
Manush1	C'est les stages. C'est l'externat qui nous prépare beaucoup plus. Qu'est-ce qu'il faut faire en tant que résident. Mais je dirais que l'une des difficultés avec la résidence au début là, j'ai fait une année où je faisais des stages en neurologie, médecine interne, en urgence en médecine de famille. Pendant cette année là, c'est vraiment variable d'une année à une autre. De façon qu'on est préparé à la résidence. D'un côté le fait que j'ai eu à m'adapter à beaucoup de milieux, ça m'a aidé après ça de plus en plus à m'adapter à un nouveau milieu.	
Interviewer	Est-ce que pendant l'externat est-ce que tu prescrais?	
Manush1	Par pendant l'externat.	
Interviewer	Quand tu as fini l'externat maintenant. Pendant la résidence quand on a pris le cahier on t'a dit prescrit quelle a été ta réaction.	
Manush 1	Je c'est quelque chose qui se fait progressivement. C'est le même raisonnement qu'il fallait appliquer c'est tout juste que c'est nous autres qui faisaient la prescription. C'était soit le résident c'était soit le patron qui faisait la prescription. Mais je dirais qu'à la fin de l'externat je me sentais capable de faire des prescriptions parce que de toute façon on a pas à commencer puis à être capable de le faire la prescription verbalement. C'est progressivement on peut vérifier c'est quoi il faut prescrire. Je me sentais à l'aise avec les outils que j'avais pour prescrire.	

Interviewer	Bon maintenant quand tu as fini l'externat est-ce que tu étais prêt à prescrire maintenant quand tu étais résident? Parce que tu as dit quand tu as fini l'externat tu n'étais pas appelé à prescrire.	
Manush1	Je savais que c'est ça qui s'en venait. Dans le fond c'est aussi comme ça. Mais quand on écrit une évaluation on a l'impression qu'on écrit nos impressions, on écrit ce qu'on a constaté. la seule chose c'est que on a pas la possibilité de le faire pour que cela soit une prescription valide. Mais à l'hôpital ça ne fait pas une grosse différence. J'avais déjà l'impression de prescrire et il y a quelqu'un qui signe pour moi. Pour moi c'est plus facile de devoir prescrire moi-même que de devoir attendre que quelqu'un le fasse. À ce moment là. C'est sur que dans certains milieux c'était beaucoup plus difficile mais il faut être capable	
Interviewer	Comme quel milieu par exemple.	
Manush 1	Faire des gardes en médecine interne puis en première année de résidence, je n'avais pas beaucoup de choses, il y avait beaucoup de choses qui me manquaient comme information à ce moment là. Mais ici c'était plus difficile. Si gérer un œdème aigu du poumon pendant la nuit j'avais j'étais capable de j'avais des ressources qui étaient là, les inhalothérapeutes m'informaient comment mettre le Bpap et le cpap. Mon rôle c'est que eux autres savaient comment prescrire. En fait il y a une grosse partie symbolique qu'à la prescription plus qu'autre chose c'est que quand tu prescris tu as la responsabilité sociale d'être gardien de ce processus là ou quelqu'un peut recevoir quelque chose qui pourrait lui nuire ou l'aider. Mais hein personnellement ce n'est pas quelque chose que je trouvais difficile.	
Interviewer	À partir de quand tu es autorisé à prescrire? Pendant la résidence?	
Manush1	Jour 1 de la résidence.	
Interviewer	Quand tu es résident. Oui bon quand on a pris le cahier on a dit voici le cahier prescrit, quelle a été ta réaction? Tu n'as pas eu peur?	
Manush1	C'est pas comme ça que cela s'est passé. C'est je le savais que j'étais résident. Je commençais un nouveau stage comme résident. Je n'étais pas dans le même	

	milieu quand j'avais un autre rôle. J'arrive dans un nouveau milieu mais c'est mon rôle d'être capable de prescrire. En fait c'est beaucoup plus compliqué d'apprendre c'est quoi les feuilles à utiliser pour quel type de prescription. À qui les donner sur l'unité. C'est tous ces aspects administratifs. Le geste de prescrire, le raisonnement clinique que j'ai développé avant ça sans avoir le droit de prescrire c'était pour me préparer à ça.	
Interviewer	Est-ce que tout tes collègues ont cette facilité de prescrire? Ou bien certains? Ça dépend de?	
Manush1	D'après moi probablement il y a probablement une variation à ce niveau là mais d'après moi la formation nous prépare à ça et c'est beaucoup plus dépendant de ce qui se passe au niveau de la dynamique de cette structure. Comme on dit on donne le cahier on dit prescrit, il y a bien des moyens de créer des situations qui se portent à être par rapport à la prescription. Moi mon seuil était plus élevé par rapport à la prescription, il y en a d'autres que c'est moins élevé. Mais en général je ne pense pas que la prescription c'est quelque chose qui soit si difficile que ça à acquérir parce que ça ressemble beaucoup plus à ce qu'on fait comme externe. On les écrivait les prescriptions c'est juste que c'était signée par quelqu'un d'autre. Le processus de le faire était toujours de faire comme ça on était supposé travailler.	
Interviewer	Donc pendant l'externat, on te dit hein voici un cas clinique qu'est-ce que tu dois prescrire. Tu prescris l'autre vérifie et puis il signe.	
Manush 1	Exact.	
Interviewer	Bon maintenant pendant que tu étais résident parce que tu dis que tu es résident 7.	
Manush 1	Je crois résident 7. Mais dans le fond je suis psychiatre. Je suis en recherche. et je fais un doctorat là.	
Interviewer	Bon maintenant hein quels étaient tes liens avec tes enseignants pendant la résidence? Est-ce que c'était des liens conflictuels? Est-ce que c'était des bons liens? Est-ce qu'on t'a facilité les choses?	

Manush 1	<p>J'ai eu des liens assez conflictuels avec ben en fait c'est très relié au contexte là. C'était pas des conflits majeurs avec des personnes parce que je ne m'entends pas avec la personne. C'est des situations où il y a des personnes avec lesquelles je ne m'entends pas et une fois que je m'en rends compte c'est correct je n'ai pas besoin d'avoir un lien très proche avec quelqu'un qui me supervise. Ce que j'ai besoin c'est que ça soit clair qu'est-ce qu'on s'attendait de moi. Pis il y a des situations où ça n'a pas été du tout ça. Après ça il y a eu des situations où j'ai eu des reproches qui étaient reliées d'après moi à une mauvaise approche pédagogique.</p>	
Interviewer	<p>Bon est-ce que tu peux me donner par exemple un cas précis où tu as eu un lien conflictuel?</p>	
Manush 1	<p>Ben quand j'étais en deuxième année de résidence, j'ai commencé un stage c'était dans un milieu dans un hôpital à l'extérieur de la psychiatrie générale. J'ai fait de tout ce qui était intéressant. J'ai fait de l'urgence, je faisais quelques patients hospitalisés aussi. Pis hein c'était de toucher à tout là. En général c'est comme dans un centre à Sherbrooke nous sommes sur une unité pendant un stage. Dans ce centre là ça ne fonctionne pas comme cela c'est un centre général je faisais de tout sauf que ils se sont rendus compte après trois mois que cela ne marchait pas parce que mon niveau de compétences là ils m'ont dit il fallait changer ça, en fait je les demandais trop de temps de supervision, je n'étais pas à l'aise de faire des prescriptions qu'il jugeait de base. Je posais des questions et ça ne marchait pas. En fait ils m'ont enlevé mes externes, ils m'ont enlevé comme la plupart de mes patients. Ils m'ont enlevé ils ont beaucoup réduit ce que je faisais. Puis pour moi ça n'a pas de sens qu'après trois mois ils me fassent ça, je me retrouvais avec pas beaucoup de tâches cliniques, je ne savais pas comment disposer pour utiliser mon temps. Jusqu'alors ma principale chose que j'apprenais c'est comment gérer un malade complexe, comment se prendre plusieurs tâches en même temps. Ça a été ça un genre de situation un peu difficile.</p>	

Interviewer	Et comment tu t'es en sorti?	
Manush 1	Moi je me suis en sorti, j'ai abandonné le stage.	
Interviewer	Et tu l'as repris après?	
Manush 1	Pas dans ce milieu là. Il a fallu que je reprenne 6 mois de stages.	
Interviewer	Bon maintenant, est-ce qu'il y a eu un cas ou tu as eu un problème, tu as appelé par exemple un collègue, un résident bien qu' il y avait un lien conflictuel avec un superviseur et tu t'es en sorti? Comment tu as fait?	
Manush 1	C'est une situation temporaire. C'est arrivé un peu plus tard. Ça allait mieux, un peu plus de confiance. J'avais un stage ou pendant une semaine deux semaines, ma patronne était en vacances, j'ai eu une autre, après quelques jours, elle m'appelle dans son bureau pour me dire qu'elle est inquiète par rapport à mon parcours. Que je ne serais pas capable de devenir psychiatre, c'était quand même intense. Je n'étais pas le seul à avoir de problème avec elle. Ce qui fait que à ce moment c'était beaucoup plus d'en parler avec mes collègues, j'étais tellement fâché que je suis sorti dehors un peu.	
Interviewer	Donc tu as parlé aux collègues?	
Manush 1	Oui	
Interviewer	Et ils t'ont aidé à pouvoir te remonter?	
Manush 1	J'ai essayé de les aidés encore plus qu'ils m'ont aidés. Puisque moi j'étais dans une situation qui était quand même favorable. Ce n'est pas elle qui m'évalué finalement. Après une semaine elle arrive avec cette affaire là. J'en ai parlé à ma patronne quand elle est revenue. Elle a dit c'est moi qui t'évalue c'est pas elle. J'étais dans un épisode. Mais j'étais ça m'a permis de bien comprendre qu'est-ce qui avait pu être difficile pour d'autres avec cette personne là. J'ai essayé de supporter le plus pour aider les collègues après ça.	
Interviewer	Et est-ce qu'il n'y a pas eu d'autres situations ou par exemple tu avais eu des liens conflictuels, tu as appelé par exemple un infirmier d'autres personnes pour t'aider?	

Manush 1	<p>Mais dans cette situation là, c'était à eux aussi de l'assistante infirmière chef quand je l'ai vu je lui ai parlé de ça dans quel état j'étais. Ce que j'ai su ce qu'elle a appelé celle justement qui m'avait fait ces commentaires là, elle a dit que c'était pas correct de me parler comme ça. que tout le personnel m'appréciait sur l'étage. Et qu'elle aimait ça travaillé avec moi. Dans le fond, elle a vraiment pris ma défense, je pense que c'est relié aussi parce que quand je travaille dans un milieu c'est le travail d'équipe là, je n'ai pas particulièrement envie de travailler plus fort que les autres. On travaille en équipe et les objectifs que ça soit moi ou quelqu'un d'autre qui le fasse pour que ça s'améliore ça ne change rien. Je travaille très étroitement avec les équipes. Comme je disais tantôt comme pour la prescription pour moi c'est un rôle symbolique de prescrire, j'essaye de le rendre ça le plus facile possible. Si ils ont besoin que je fasse une prescription c'est à cause de comment mon rôle fonctionne, donc je veux rendre ça le plus simple possible, je suis capable de prendre les meilleures décisions possibles pour le patient. Je pense que j'ai une approche qui faisait que c'était assez smooth de travailler en équipe. Je ne développais pas vraiment des amitiés avec les collègues avec qui je travaillais à l'étage. Mais dans les situations comme cela je pense que ça marchait bien avec l'équipe. Je pense que oui ça m'a vraiment aidé.</p>	
Interviewer	<p>Oui et comment faisais tu alors pour pouvoir te faire aimer par tout le monde? Comment tu procédais?</p>	
Manush 1	<p>Je n'avais pas l'objectif de me faire vraiment aimé. J'avais l'objectif de pas trop souffrir parce qu'il y avait des fois qu'il y a des gens avec qui on ne s'entend pas. dans le fond c'est d'être plus clair possible. Moi je hais ça quand on a pas des attentes pas claires avec moi. Pis je ne pense pas que les autres sont capables de savoir qu'est-ce qu'on s'attend. Je suis le plus clair possible dans ma façon de fonctionner que dans ma façon de communiquer, c'est comme cela que j'aime travailler. Hein c'est relié avec .....j'ai ce malaise là, je trouve cela ne sert à rien. Ça met un obstacle à ce qu'on fasse les choses de la bonne façon. Un</p>	

	<p>des problèmes majeurs dans la façon dont on travaille aujourd'hui c'est un problème de surcharge cognitive. On est tellement d'informations à gérer qu'on finit pas faire des erreurs. en plus s'il y a des préoccupations relationnelles comment agir avec moi comment agir avec les autres mais les infirmières et les travailleurs sociales avec lesquelles je travaille vont faire des erreurs si...je ne peux pas à cause de ma présence les enlever une partie de qu'est-ce qu'ils ont accessibles au niveau cognitif pour être capables de prendre les meilleures décisions possibles en fonction de leurs connaissances. Je pense que c'est juste cette approche là que je pense qui paraît, je n'ai pas de stratégies particulières, je pense qu'il y en a qui apporte des cadeaux à la fin des stages, des choses à manger, des affaires comme cela. C'est ben le fun. C'est pas mon style. Pour moi je ne suis pas relié directement avec ce... peut-être cela pourrait être une stratégie dans certaines situations mais. Admettons je dirais qu'il y a une personne que je dirais elle a besoin qu'elle soit flattée dans le sens du poil mais que je sois en train de faire des joke être gentil avec une personne, mais si non je ne m'en rend pas compte. Oui okay je ne pense pas que c'est ça la différence, c'est vraiment les laisser travailler.</p>	
Interviewer	<p>Bon est-ce qu'en tant que résident est-ce que tu avais une responsabilité par rapport aux infirmières? Par exemple celui qui était le chef d'équipe,</p>	
Manush 1	<p>Ouais c'est un peu par défaut c'est ça. J'ai eu beaucoup l'occasion de réfléchir au fonctionnement des équipes interdisciplinaires pendant ma formation pis dans le fond il y a des rôles comment ça avoir un leadership c'était un peu transdisciplinaire ça dépend il y a des personnes qui peuvent l'avoir au pas quand on s'attend à ce que la coordination dans les soins que le médecin supervise ça fait que j'avais ce rôle là, en fait j'avais le rôle en fait de valider avec les infirmières ce qu'il y avait comme plaintes puis de les expliquer les décisions et puis après ça qu'ils puissent les prendre pour que dans le fond ça soit le plus simple possible puis les aider aussi à apprendre, à s'améliorer, à mieux connaître les patients aussi que je voyais. Parce qu'on passe beaucoup de</p>	

	temps avec les patients, surtout en psychiatrie on passe beaucoup de temps. On les connaît bien. Les choses comme la façon de les approcher cela peut aussi aider les infirmières.	
Interviewer	Oui est-ce que tu avais un leadership démocratique, laisser faire ou bien tu avais quel type de leadership?	
Manush 1	Ben c'est sur que j'ai mon style de leadership est plutôt basé sur la compétence, je pense que c'est la personne la plus compétente dans les choses qui devait les faire. De fois ce n'était pas habituellement pas moi-même si c'est le médecin qui devait faire. Ça ne me dérange pas du tout. il faudrait que la meilleure personne pour faire quelque chose le fasse. C'est pas si compliqué que ça. Hein pis je me fis plus à regarder à voir si on voit dans la même direction si on a les mêmes objectifs avec les patients, dès que quelqu'un rentre à l'hôpital l'objectif est qu'il ait son congé. C'est comme ça, on est pas capable d'anticiper ça on devient une sorte de....ces objectifs là par rapport au congé c'est de communiquer clairement c'est... qu'entend sur un objectif.	
Interviewer	Donc tu disais par exemple que bon je suis médecin mais j'ai aussi des limites, celui qui est le plus compétent dans un cas clinique propose des choses puis on voit comment on va faire, c'est ça?	
Manush 1	Oui c'est sûrement cela.	
Interviewer	Bon maintenant tu as parlé de surcharge cognitive, comment tu faisais pour t'en sortir dans ce cas là?	
Manush 1	Hein faire des listes, écrire des choses sur le papier. Étant donné que j'avais plus de patients je me faisais une liste là, je cochais à chaque fois que j'en avais vu un, d'ailleurs on m'avait reproché que j'étais juste là pour essayer de cocher ma liste. Bon moi c'est comme cela que je gère ça. Parce que j'ai tendance c'est sur qu'on oublie les choses. Je pense pas que ce soit cette tendance là. Il y en a qui n'oublie pas les choses. Mais la plupart des gens ont tendance à oublier. je ne veux juste pas oublier que tout soit fait. Pis faire des interventions excellentes	

	dans certaines situations, pour la majorité c'est qu'on oublie rien on fait ce qu'on a faire d'abord et on fait des listes.	
Interviewer	Est-ce qu'on ne t'aidait pas? est-ce qu'il n'y avait pas une autre personne qui t'aidait à faire autre chose pour ne pas entrer dans un burnout?	
Manush 1	Déléguer. Si par exemple, de fois on a des externes, de fois on a je ne sais pas..... mon expérience comme résident c'est on ne peut se fier vraiment à ça. Il fallait être capable de tout faire. Et là pour être capable de partir plutôt oui ils sont capables de m'aider mais ça restait quand même mon expérience c'était que si pas moi qui le faisait il n'y avait personne qui le faisait et il y avait beaucoup de patrons avec qui j'ai travaillé hein le savait pertinemment qu'ils voulaient les choses. Je ne pouvais pas me fier à eux. Moi je prenais cette responsabilité là.	
Interviewer	Pourquoi tu ne pouvais pas te fier à eux?	
Manush 1	Il n'y avait pas le même niveau de préoccupation que moi. À part être capable de tout faire. Apparemment, il y a une partie de l'expérience à ça, devenir capable de faire la différence entre qu'est-ce qui est important, qu'est-ce qui est juste un détail juste opérationnel tout ça. Mais moi qu'est-ce que j'apprenais, je ne voulais rien oublier, c'est aussi le rôle symbolique, si on ne prescrit pas les bilans et après ça on le dit le patient s'attendait à ce que ça soit fait. Disons que tu attends à un congé d'hôpital ça a coûté 4 5000 pièces à la société. Et si régulièrement à cause des niaiseries comme cela	
Interviewer	Cela veut dire qu'il y avait des superviseurs qui oublièrent des examens?	
Manush 1	Beh pas très souvent disons qu'ils n'avaient pas la même préoccupation que moi par rapport à ça. Je ne sais pas comment	
Interviewer	Pourquoi penses-tu qu'ils n'avaient pas la même préoccupation que toi?	
Manush 1	Je pense que c'est le fait de beaucoup travailler dans un milieu hospitalier ou on n'est un peu déconnecté de ....j'ai quand même une réflexion de gestion que c'est pas tous les médecins qui ont j'ai un intérêt pour l'entrepreneuriat de savoir c'est quoi qui se passe dans le fonctionnement d'une unité et pis d'être capable de faciliter les choses pour que ça soit optimal. Les gens n'ont pas cette	

	<p>préoccupation là et puis le milieu hospitalier n'encourage pas cette préoccupation. On reçoit des messages, il faut libérer les lits c'est tellement abstrait tu ne peux pas dire c'est pas un gestionnaire qui va venir décider qu'un patient s'en va, non les patients s'en vont une fois qu'on a tout fait avec eux et puis que. Ce que le milieu hospitalier encourage c'est prendre la défense des patients par rapport aux enjeux administratifs de gestion. Sauf que on pour moi c'est pas quelque chose de séparé. La gestion dit de faire des choses en fait c'est ce qu'on fait à l'hôpital. L'hôpital quand c'est une intervention complexe ou le patient est là il se passe plein plein de choses. Pis on peut accélérer on peut rendre ça plus efficace ou moins efficace dépendant de ce qu'on fait. Sauf que c'est pas vraiment comme ça encourager hein cette culture qui tend ... de fois ça peut être décourageant pour le personnel qui travaille à l'hôpital. De fois ça peut donner l'impression qu'on ne fait pas grand-chose, qu'on attend ....c'est ça arrive quand on est pas conscient de ce qu'on est en train de faire. Quand on ne connaît pas le processus.</p>	
Interviewer	<p>Bon quel était le lien entre toi c'est-à-dire la perception de tes superviseurs sur toi, d'après toi? Comment ils te voyaient?</p>	
Manush 1	<p>On avait des évaluations ce qui fait que j'avais cette information là, .....je pense qu'il me voyait comme quelqu'un qui avait besoin de pas mal d'explications pour être capable de mieux comprendre les affaires d'abord au niveau des connaissances ah oui aussi j'avais de la misère à organiser. La misère à m'organiser ça dépend l'objectif ....une chose qui arrive c'est que à mesure qu'on avance il y a beaucoup de choses qui deviennent implicites dans notre façon de fonctionner. Pis on évalue finalement les étudiants en fonction de qu'est-ce que nous on fait et que eux ne font pas. mais les processus par lesquels ils pourraient le faire sont différents parce que nous on le fait parce que on les appris dans leur formation. Il y a beaucoup de choses que je n'ai pas besoin de passer aujourd'hui, ça me permet d'être beaucoup plus complet dans ce que je fais facilement. J'avais beaucoup plus d'insuffisances</p>	

	dans faire des évaluations complètes. De spolier tous les champs de poser toutes les bonnes questions. Une fois que je voyais quelque chose qui pouvait faire une différence j'allais plus dans ce sens là. Mais j'ai plus de faciliter à ...ça me prend moins d'énergie à quand même vider mes cases aujourd'hui.	
Interviewer	Bon est-ce que tu percevais une différence entre la théorie ou bien ce que tu apprenais sur le terrain et ce qu'on t'a enseigné en tant que résident?	
Manush 1	Eh eh au début oui puis de moins en moins avec le temps ça c'est probablement relié à ma façon d'apprendre parce que....	
Interviewer	Tu apprenais comment dis moi?	
Manush 1	J'apprends beaucoup en lisant et en essayant de décomposer c'est quoi la pratique là de séparer en différentes composantes qu'est-ce qu'on fait parce que ce qu'on fait est incomplet. En lisant finalement pour mes examens finaux je n'ai pas lu des testbooks, j'ai lu des guides de pratiques cliniques puis je me suis familiarisé avec ....j'essaye de familiariser avec les raisons derrière pourquoi on fait telle telle affaire. Donc plus ça avançait plus j'étais capable d'alimenter mon point, dans le fond quand j'étais sur l'unité à la fin de la résidence j'expliquais ce que je voulais qu'on fasse. C'est ça qu'on faisait on avait plus de problèmes au début. Je ne voyais pas comment l'expliquer. Au juste j'avais plus de faciliter à expliquer qu'à me faire expliquer les choses parce que j'ai pas de facilité à faire les choses avant de les comprendre j'ai besoin de les comprendre avant. Donc que au début on expliquait les choses, il y a beaucoup de gens qui ne sont pas de bons pédagogues qui disent qu'est-ce qu'on fasse mais qu'on ne comprend pas. je pense que c'est une gaîté personnelle que je n'ai pas c'est de vouloir faire plaisir. Moi j'ai pas envie de faire quelque chose pour faire plaisir aux gens. Il faut que je comprenne c'est quoi le problème...ça me rendait ça beaucoup plus difficile. Je voyais au début ça ne filait pas.	
Interviewer	Bon qu'est-ce qui te facilitait alors la compréhension des choses?	
Manush 1	D'après moi l'implication en recherche que j'ai commencé ça m'a aidé, ça m'a aidé à comprendre d'où venait les connaissances j'ai lu tous les documents de	

	qu'est-ce qu'on s'attendait de qu'est-ce qu'un psychiatre. J'ai lu les documents normatifs, je lisais les guides de pratiques, j'essayais d'aller le plus loin possible dans ma compréhension. Je continue aussi à faire ça.	
Interviewer	Est-ce que le personnel infirmier par exemple autres personnels par exemple médecins de famille, les médecins chirurgiens est-ce qu'ils ne t'ont pas aidé aussi à pouvoir te former?	
Manush 1	Il y a très peu de professeurs qui ont eu un impact vraiment sur mon apprentissage.	
Interviewer	Comment tu te formais alors?	
Manush 1	C'est vraiment un plus et je pense ça m'a aidé à être digne de faire ça c'est-à-dire la formation par apprentissage par problème parce que on nous disait qu'on faisait ça. J'allais moi-même je batissais mon raisonnement avec ce que je lisais. J'étais capable de l'amener. est-ce que il y a certains cliniciens beaucoup plus dans l'approche dans la façon de voir le travail, dans l'interaction avec les collègues sur les étages. C'est beaucoup plus ça que j'ai appris des modèles de rôles mais le type d'apprendre le côté tant expertise psychiatrique c'est beaucoup plus dans mes lectures que j'ai appris ça.	
Interviewer	Donc tu n'as rien appris sur le terrain c'est-à-dire que c'est toi-même qui partait chercher?	
Manush 1	J'ai appris beaucoup de choses. J'ai appris parce que je faisais une réflexion je retournais lire je réfléchissais. Dans la plupart du temps les superviseurs étaient interchangeables. Si c'était quelqu'un d'autre j'aurais appris la même chose. C'est plus ça que je disais. Ce n'est pas le fait d'avoir fait la pratique. J'aurais été incapable d'apprendre si je n'avais pas fait ça parce que je me retrouve dans la situation à régler mais après ça c'est beaucoup plus dans ma réflexion à gérer...certainement 90% du temps ce sont les solutions de moi c'est moi qui percevait le problème. Les gens qui travaillent dans le milieu la plupart du temps ils ne perçoivent plus le problème.	
Interviewer	Pourquoi tu dis ça?	

Manush 1	C'est ...je pense que c'est humain. C'est qu'on se désensibilise il y a des ... on s'adapte aussi on s'adapte à des situations à des choses qui sont sous optimales ça devient correct. J'ai appris énormément des habitudes comme ça là, ça me prend du temps parce que je suis optimal dans ma routine le matin. Je n'ai pas le goût de l'aide. C'est aussi ça qui se passe dans les étages. On est pas optimal, on a pas besoin de l'aide.	
Interviewer	Bon tu as parlé d'apprentissage par problème est-ce que tu peux donner un cas précis par exemple j'ai eu tel cas voici ce que j'ai fait.	
Manush 1	Je vais donner une situation ou une personne était hospitalisée, elle faisait des hallucinations, elle ne savait pas, elle était décompensée. Il y a quelques choses qui à un moment donnée m'a frustré. C'était un stress post traumatique pour ce diagnostic là. Un stress post traumatique c'est très souvent un événement qui se passe et ça ramène les symptômes qui étaient présents au moment du traumatisme. C'était une personne qui avait été criminalisée, qui avait été violent tout ça. J'ai vu des éléments qui me rappelaient stress post traumatique, en fait j'ai fait revue de la littérature j'ai fait une thérapie à l'hôpital pour ce patient là. Je n'avais pas de thérapie je l'ai adapté pour le patient. Ce qui est particulier en psychiatrie. Si c'était une intervention psychologique c'était quand même une intervention complexe. Il y a plein de composantes possibles il faut essayer de trouver ce qu'on met ensemble pour être le plus efficace. J'ai fait ça pendant que le patient était hospitalisé. C'est une expérience qui m'aide quand c'est les situations qui sont différentes je peux utiliser ce que j'ai eu pour le matcher avec ce que j'ai lu.	
Interviewer	Dans ce cas est-ce qu'il n'y a pas eu de personnes qui t'ont aidé à pouvoir trouver une solution?	
Manush 1	Mon superviseur m'a aidé énormément en permettant de faire cela. Je n'ai pas trouvé une autre personne qui a fait cela. J'ai vraiment apporté une nouvelle affaire, j'ai apporté une psychothérapie avec un patient qui était hospitalisé. En	

	général on ne fait pas ça. Il m'a permis de faire. Il m'a fait confiance. Il m'a écouté.	
Interviewer	Est-ce que à part lui il n'y a pas d'autres personnes qui t'ont aidé?	
Manush 1	Ça c'est une question qui est un peu large. C'est sur que des gens m'ont aidé aussi mais en même temps je disais j'allais faire le traitement, je disais c'est moi qui allais travailler sur la question. Même si l'infirmière trouve que ce que je fais est bizarre elle ne va pas me dire, la seule objection que je pouvais avoir était celle de mon superviseur. Je n'aurais pas été capable de faire si je n'étais pas capable de me fier à mon équipe. Les infirmières elles font le suivi au jour le jour, les notes infirmières c'est nécessaire à mon travail quand le patient est hospitalisé. C'est l'information que j'ai qu'est-ce qui se passe avec le patient. L'intervention que j'ai il faut que je sache l'effet qu'elle a eu. Je parle avec les infirmières pour qu'elles puissent me donner un meilleur feedback.	
Interviewer	Est-ce que tous les résidents lisent les notes infirmières?	
Manush 1	Je ne crois pas. Mais ça dépend du contexte. Ils ne lisent pas tout dans tous les stages aussi. Dans un plan de soins c'est ma responsabilité de dire voici ce qu'il faut faire.	
Interviewer	Ton cours de philosophie. Est-ce ça t'a aidé pendant ta résidence?	
Manush 1	Je pense que cela m'a aidé parce que la question que j'avais c'était de savoir est-ce que je vais rester en médecine et pourquoi? Moi c'est pour cela que j'ai choisi la philo. Cela m'a donné une opportunité de réfléchir par rapport à ça. Il y a des choses qui m'a aidé là dedans. J'ai eu un cours sur la rédaction des textes argumentatifs. Cela influencé ma façon d'écrire. Cela influencé mon langage écrit quand j'écris les articles scientifiques.	
Interviewer	Et si par exemple on te disait tu viens de finir ta résidence quels sont les facteurs qui peuvent aidé d'autres personnes qui vont entrer en résidence?	
Manush 1	La culture de formation qui est importante. Il y a des choses à changer dans cette culture là.	
Interviewer	Qu'est-ce cela veut dire culture?	

Manush 1	Comment les superviseurs perçoivent ou ne perçoivent pas leurs rôles. Il y a beaucoup de choses qui peuvent être amélioré avec une perception qui feet bien avec celle des étudiants avec ce quoi leur rôle en tant que supervsieur. Juste s'intéresser à la pédagogie cela fera une grosse différence. Cela éviterait beaucoup de problèmes quand un superviseur se questionne sur ce quoi la meilleure d'enseigner. Quelle était la question encore.	
Interviewer	Et si par exemple on te disait tu viens de finir ta résidence quels sont les facteurs qui peuvent aidé d'autres personnes qui vont entrer en résidence?	
Manush 1	L'un des obstacles c'est l'épuisement professionnel.	
Interviewer	Et comment faire pour pouvoir réduire cela?	
Manush 1	C'est un peu comme dans n'importe quel travail. Le travail de résidents ce n'est pas juste apprendre c'est un travail qui est encadré par la loi sur les services essentiels au québec. Les étudiants sont obligés de couvrir les gardes collectivement. Il faut avoir l'autonomie qui va avec cela. C'est quelque chose qui varie d'un endroit à l'autre. Il faut avoir beaucoup d'autonomie. Il ne faut pas avoir plus d'autonomie ou de compétences qu'on a donné. Cela m'est arrivé au début quand je couvrais les gardes de médecine interne c'est que je ne savais . mes attentes c'est que j'appelle les gens on a besoin de plus d'explication sur c'est quoi les attentes. On a besoin d'autonomie qui va avec notre formation. Pour moi c'est ça.	
Interviewer	Oui comment tu as construit ton autonomie?	
Manush 1	Pour moi c'est à travers les habiletés de communication. Il y a eu un lien direct entre ms habiletés de communiquer et l'autonomie.	
Interviewer	Dans les groupes de travail, tu es là par exemple avec les superviseurs. Comment on te percevait comme un petit étudiant ou comme une personne avec qui on peut de laquelle on peut tirer quelque chose?	
Manush 1	Ça dépend. La perception des autres c'est une caractéristique de la personnalité. C'est de savoir le superviseur comment il nous percevait c'est tres variable d'une personne à l'autre. Il peut arriver qu'il nous perçoit positivement. Mais je n'ai	

	<p>pas besoin qu'il d,une perception amicale de fois le respect c,était ça que j,étais capable d,aller chercher ;a la fin. En démontrant les compétences, on peut aller chercher un respect. Comment on me percevait on me percevait comme quelqu'un qui avait beaucoup de connaissances mais qui ne disait pas les choses à la chose et puis que les choses soient claires au niveau des connaissances au niveau de faire un plan. Mais comme quelqu'un qui n'est pas bien organisé dans la collecte d,information.</p>	
Interviewer	<p>Maintenant dans ta confrontation avec les patients, est-ce que tu penses que les patients t'ont apporté beaucoup de connaissances?</p>	
Manush 1	<p>Il y a beaucoup qui disent ça. Il y a ceux qui disent comment les patients les ont donné mais c'est vrai dans un sens abstrait. Mais c'est pas les patients individuellement c'est la transmission de la part des patients c'est juste ça fait un reflet de ce que tu as comme habiletés de ce que tu as comme techniques. Et le fait de faire ce reflet c'est intéressant cela permet de s'ajuster. Il faut avoir un impact positif sur le patient. Pour moi c'est important c'est de faire un peu de suggestion c'est encourager le patient à faire un peu ça. Cela va bien aller. Parce que on ajoute l'effet placebo qui quand on veut démontrer qu'un traitement marche on peut faire abstraction de l'effet placebo. Mais dans la vraie vie on veut améliorer l'effet placebo. On n'a pas besoin que ce soit exactement la molécule qui fasse ça. On veut faire une différence on veut encourager ça. Mais comment faire ça. Si je n'avais pas eu ce reflet là pour mes habitudes de communication aussi en psychiatrie on passe le temps à expliquer c'est quoi la maladie. À quoi s'attendre c'est beaucoup plus dans ce sens là que cela m'a aidé.</p>	
Interviewer	<p>Est-ce que tes collègues résidents par exemple ceux de chirurgie t'ont dit qu'il y a des patients qui les ont apporté des connaissances?</p>	
Manush 1	<p>Je n'ai pas entendu ça vraiment. C'est pas le genre de choses dont on se parle. En général c'est sur quand je vois les collègues dans un contexte plus léger on parle mais</p>	

Interviewer	Bon est-ce qu'il y a encore une question que tu peux parler pendant ta résidence? C'est à dire quelque chose qui t'a aidé.	
Manush 1	En réalité, j'ai réalisé que le programme voulait que je finisse. Le programme il n'y avait aucun intérêt à ce que j'y sois très longtemps. Quand tu coules un stage c'est assez facile de penser c'est un jugement personnel par rapport à ton potentiel tout ça. C'est pas ça en réalité. Tous les programmes veulent que les étudiants partent du programme, qu'ils soient compétents qu'ils réalisent des objectifs. Je pense que le rapport avec mon programme de formation ça m'a aidé à ne pas voir le programme comme un adversaire qu'il fallait que je réussisse plutôt que de le programme a été un outil, il m'apportait les outils, il m'apportait les façons	
Interviewer	Est-ce qu'il y a une autre question que tu peux aborder pour informer le public comme cela se passe	
Manush 1	J vais tout juste redire que je pense que les problèmes c'est beaucoup de choses qui sont situationnelles qu'on a tendance à généraliser. C'est à dire comment on est perçu comment on interagit. Mais je pense que c'est tellement dynamique dans les situations précises que je pense que c'est beaucoup plus gérer une situation quand cela ne va pas. Qui peut faire une grosse différence.	
Interviewer	Est-ce que tu penses maintenant là tu as fini ta résidence en psychiatrie, tu penses que tu es capable de pouvoir prendre en charge les cas, les patients? Tu es bien formé, tu n'as vraiment rien qui peut t'empêcher de les prendre en charge?	
Manush 1	La principale chose que je vais dire pour pouvoir être bien formé il faut travailler avec une équipe. À la fin mon rôle mes qualifications professionnelles ne pourroin pas exister si je n'ai pas une équipe à ma disposition. Quand je fais des consultations avec les médecins de famille je ne peux rien faire d'autres que de donner mon opinion aux médecins de famille. Au reste de l'équipe. Je ne travaille pas avec eux. Il n'y a pas de réunion d'équipes on dirait que 90% de l'impact que je pourrais avoir sur les patients c'est indirect avec ma participation	

Interviewer	Est-ce qu'il y a des collègues qui ont carrément abandonné la formation?	
Manush 1	Oui il y en a quelques uns.	
Interviewer	Beaucoup?	
Manush 1	Je pense juste à une en psychiatrie. La personne a qui je pense à un autre intérêt a devenir thérapeute en santé alternative. Il y a des choses qu'elle trouvait difficile. Je peux aussi parler d'un point de vue professionnel. C'est ce que je vois avec les patients les gens qui sont en arrêt de travail. Souvent je me fais référer des gens pour arrêt de travail puis la conclusion ce qu'il a eu son il ne veut y retourner. La question c'est que comment veux tu qu'on règle le problème de quelqu'un qui ne veut pas retourner au travail. Il faut avoir le goût de remplir le rôle de professionnel à la fin et puis trouver que c'est quelque chose qui vraiment valorisant pour utiliser les moyens pour traverser les épreuves. Juste pour cette raison c'est pas possible que tout le monde finisse. Une autre partie c'est de pouvoir mieux informer les gens de ce rôle avant qu'ils s'engagent en résidence de 5 ans. Il faut avoir la flexibilité pour que en chemin ils s'intéressent mieux. Il y a aussi beaucoup de possibilités, il faut être informé aussi. Dans mon cas je serai clinicien chercheur. Je ne serai jamais plus que 50% de mon temps en clinique. La recherche ça me donne l'énergie la clinique ça m'ennuie. Il faut rechercher cette espèce d'équilibre. Ça dépend de comment on fonctionne aussi. De fois il faut voir les possibilités.	
Interviewer	Tu penses que la seule raison pour laquelle les gens se suicident c'est parce qu'ils n'ont pas de travail?	
Manush 1	Le suicide est une forme extrême de démission. Les gens qui se suicident ils ne sont pas capables de projeter dans l'avenir. Tu n'es pas capable de te projeter à la fin. Bon en fait c'est un problème en soi. Il faut régler ça. Il faut bâtir un scénario. Il faut aider la personne à se voir à la fin à voir comment elle peut utiliser tout ce qu'elle a appris. Même si elle arrête son parcours en médecine, peut importe le chemin cela peut l'aider. J'ai des habiletés de communication même si je ne fais plus psychiatrie cela me sera très bénéfique. D'après cette	

	capacité à se projeter à la fin c,est souvent important. Il y a des cas différents. Il ya des cas ça frole les comportements criminels teles que intimidation, harcèlement	
Interviewer	Tu as vécu ça, intimidation, harcèlement?	
Manush 1	J'ai passé quelques semaines avec un professeur de médecine, j'ai compris c,etat quoi par contre. C'est un peu une situation qui va avec il faut que tu te sentes impuissant.	
Interviewer	Est-ce que tu penses qu'une personne qui a la difficulté à se projeter dans l'avenir mais quand tu es médecin on te voit comme une personne qui a réussi. Tu es car même une personne qui est important dans la société. Le fait de se suicider par ce que je ne me vois pas dans 10 ans est –ce que c'est seulement ça qui peut amener les gens à se suicider? Est-ce qu'il n'y a pas autre chose noire	
Manush 1	Même s'il y a des choses qu'on peut appeler une maladie. Les gens qui se suicident ils font face à un changement de leur perception par rapport à la situation soit par rapport aux autres par rapport à l'année. Il y a vraiment un déséquilibre qui peut être causé pas la dépression par beaucoup d'autres mécanismes. Psychologiquement c'est un peu ce qui arrive. Pourquoi est-ce qu'ils se suicident? Parce que l'avenir c'est pas positif. Les autres s'ennuient. Moi je ne sais rien je n'ai pas de valeur. Tout ça arrive . si je suis devant un patient que le suicide est une décision rationnelle. Il y a des personnes dont le raisonnement est déconnecté de la réalité. Les gens l'aiment autour d'elle. Ça change rien si elle décrit comme point de vue est déconnecté de la réalité. Mais mais que l'aboutissement de ça logique c'est le suicide. Cette capacité là à se voir à la fin, à se voir plus loin je crois que ça va fonctionner. Peut importe la cause.	
Interviewer	D'après toi, qu'est-ce qui peut amener par exemple un résident à tomber dans un burnout ou bien à se suicider?	
Manush 1	Un déséquilibre entre l'autonomie puis les compétences,	
Interviewer	Cela veut dire quoi?	

Manush 1	<p>Ça veut dire avoir beaucoup de responsabilités par rapport à ce que tu es capable de faire ou à l'inverse tu as l'impression de n'avoir aucune possibilité de décisions tu ne peux pas utiliser tes compétences. Ça c'est quelque chose qui est dans n'importe quel milieu de travail. Puis après il peut avoir des situations de harcèlement intimidation qui arrive assez souvent. Tu vois ça peut être vu dans certaines situations. Et puis à quoi ça sert. Les gens commencent les cours de médecine pour une raison. Et cette raison évolue. Moi après deux ans j'ai fait un break j'ai fait la philosophie. Mes notes ont baissé un peu pendant cette période là. Je jouais à l'ordinateur à la place de travailler. Pour ça il y a un sens pourquoi on le fait. C'est quelque chose qui est important au niveau du réseau actuel. J'ai un ami qui est cardiologue il n'est pas capable de se trouver un job ça trois ans qu'il a fini.</p>	
Interviewer	Pourquoi?	
Manush 1	<p>Parce qu'il n'y a pas de postes. Il n'y a pas de postes disponibles. Ils ont des attentes du genre il faut aller faire une formation de plus. On est même pas sûr qu'on va avoir un poste pareil. Il y a aussi une mise à jour à faire. Si on veut comprendre ces jeunes personnes qui font un burnout tout ça il faut mettre à jour notre perception de la profession aussi. Actuellement on est pas garanti un poste. Il y a beaucoup de compétitions de postes. On est en compétition avec ceux de l'année d'avant. Il y a des gens qui changent d'année en cours de route, des parcours de plus en plus longs. finalement on se retrouve avec une sorte de leadership ministériel qui fait que on s'attend à ce que les gestionnaires il faut qu'ils rendent des comptes au ministre, ils essaient de restreindre les options de médecins. En tout cas je reçois les courriels de fédérations là il y a beaucoup de situations de conflits avec l'autorité ça ne finit plus il reste encore cette espèce d'ambiance là. On a un système un peu bizarre.</p>	
Interviewer	Pourquoi n'est-ce pas on dit bien qu'il n'y a pas de postes, et on sait qu'ici au Québec les files d'attente sont importantes qu'est-ce que cela peut jouer sur le	

	résident en formation? Mais le résident voit plusieurs patients qui sont là et à la fin on lui dit qu'il n'y a pas de postes?	
Manush 1	Il y a un miss match entre deux choses qu'on voit là puis en plus on voit sur internet des commentaires sur les médecins, il y a des articles il y a ceux qui appellent le docteur machin, il y a aussi une attitude du ministre qui pense que les médecins sont des profiteurs qu'il faut contrôler sinon ils vont essayer de profiter de plus en plus puisque c'est son expérience personnelle en tant que médecin. Il y a ce message négatif là et d'un autre côté il y a le contact avec les patients, les patients c'est rare de voir les patients qui ne sont pas contents de voir le médecin qui sont désagréables. Il y a un attachement avec leur médecin. Il y a des gens qui jugent la profession médicale. En tout cas de mon expérience, ils font des liens avec leurs médecins. Ce rôle là est valorisé et on sait que les gens ont besoin d'avoir accès au médecin. Il y a une sorte de dissonance cognitive.	
Interviewer	Bon est-ce que quand tu as fini ton externat c'est-à-dire tes 4 ans est-ce que connaissais ce qu'on appelle la table de concertation. On engage les étudiants par rapport à leurs notes ou bien par rapport à quoi?	
Manush 1	Comment ça fonctionne le système canadien, il est très clair et bien défini pour avoir des postes de résidence. Il y a un nombre de postes qu'il négocie entre le gouvernement puis les universités. Ce nombre de postes rentre dans un système qui est le chaque étudiant choisit chaque étudiant met en ordre c'est quoi ces choix puis mettent je veux faire la psychiatrie dans le 1, la médecine générale dans le 2 et la pédiatrie dans le 3 ^e on a vraiment beaucoup de souplesse. On met ça en ordre et puis les programmes font la même chose avec les étudiants. Les programmes ce qu'ils font c'est d'être le plus objectif possible et essayer de trouver des critères. Ils font des entrevues. Ça peut être des entrevues ça peut être des vignettes cliniques ça peut être quelque chose comme cela à partir des résultats académiques, des notes de stages.	
Interviewer	Ça veut dire que les meilleurs vont dans les meilleures spécialités?	

Manush 1	Les meilleurs ont le premier choix dans le sens c'est pas les meilleurs c'est ce qui ont été mis en première position. Chaque programme met le rang des étudiants. On peut pondérer les programmes différemment. Par exemple pour un programme l'entrevue c'est 60% pour l'autre 10%. Ça peut varier beaucoup mais la performance en entrevue peut être la meilleure mais la façon de noter la performance académique peut être différente d'une place à l'autre. C'est très variable. C'est chaque programme qui décide l'un à l'autre. Ils prennent le premier choix de tout le monde. Si toi ton premier choix mettons qu'il y a 8 postes de psychiatrie à Sherbrooke et puis toi tu as été classé 5 ^e , c'est ton premier choix automatiquement.	
Interviewer	Cela veut dire que celui qui était 10 ^e ne peut pas faire psychiatrie?	
Manush 1	Oui il suffit qu'il y ait deux qui soit matché ailleurs automatiquement il va être matché avec la psychiatrie.	
Interviewer	Cela veut dire que c'est une forme de concours?	
Manush 1	85% ont leurs premiers choix à peu près. C'est un bon système pour que les étudiants aient leurs choix.	
Interviewer	Quand tu dis par exemple que 85% des étudiants ont toujours leur choix, il y a au moins 15% qui n'ont pas leur choix?	
Manush 1	Mais ils ont le deuxième.	
Interviewer	Si par exemple tu veux faire neurologie, si on te refuse cela on t'envoie par exemple en chirurgie	
Manush 1	Tu ne peux seulement avoir un poste que tu as nommé dans tes choix là.	
Interviewer	Oui 1 ^{er} choix je veux faire ceci, ça veut dire carrément que c'est ça que tu veux, le 2 ^e choix est aléatoire mais mon premier choix c'est ceci.	
Manush 1	Mais parfois les gens aussi si tu veux la psychiatrie ou si tu veux faire l'ophtalmologie	
Interviewer	Tu peux tout rater là bas. Par exemple	

Manush 1	Ou tu peux rater les deux. Si t,a plusieurs choix qui t,interessent et si tu as bien reflechi à la question ça va bien aller si tu veux faire la chirurgie cardiaque et qu,il y a un poste tous les deux ans au québec mais ça ne marche pas.	
Interviewer	Oui oui et là alors maintenant cela veut dire que le choix professionnel peut aussi être la cause des suicides, des décès, des démotivations et autre.	
Manush 1	Ouais mais pas d,avoir fait un mauvais choix. Parce que on a pas beaucoup d,inforamtions pour faire un choix. Je pense qu,il y a ça. Il y a aussila possibilité de changer de programmes aussi. Est-ce que cela peut être la cause. Je pense que le match entre un résident et unprogramme je pense que cela peut créer beaucoup de situations problématiques, ça peut créer, mais il existe aussi des mécanismes pour changer des programmes. C,est quelque chose qui veut ça soit relativement à part là. Mais quand tu es rendu là c,est une raison de considérer le suicide par exemple je ne pense pas que cette partie soit un problème si important que ça. Mettons par exemple que quelqu,un voudrait absolument faire quelque chose plus stable par ce que pour entrer dans ce programme de chirurgie cardiaque j,ai de la mis`re à dire que c,est à cause du procesus de choix, à cause de son incapacité à considérer , à ce moment là il y a des enjeux de personnalité il y a besoin de se voir dans autre chose que ça. C,est encore la capacité de se voir là. À un moment donnée si tu te mets des options que tu ne voulais pas et à un moment ils disent ne mettez pas les choix que tu ne voulais pas. Vous allez vous ramassez là dedans là.	

ANNEXE U
ENTREVUE RÉALISÉE AUPRÈS D'ÉLVINE

Tableau 24

Qui parle	Extraits	Themes
Interviewer	Quel est votre domaine de spécialisation?	
Élvine	J'ai terminé ma résidence en médecine familiale et je fais un programme supplémentaire en recherche.	Fin de résidence Année supplémentaire
Interviewer	Donc vous avez déjà terminé?	
Élvine	Je suis encore résidente mais dans un deuxième programme. J'ai terminé ma résidence. Je suis en année supplémentaire qui est un deuxième programme en tant que résidente.	Deuxième programme de résidence
Interviewer	Quelles étaient vos motivations à pouvoir entrer en spécialisation médicale ou en médecine?	
Élvine	Moi ce qui m'a conduit à réfléchir à la médecine c'est le parcours le plus classique, c'est une décision tardive. Au cégep j'étais intéressé par beaucoup de choses différentes autant par les sciences de la nature avec la réflexion analytique que par les sciences humaines. C'est important pour moi de travailler avec les gens et de partager les expériences, d'avoir un contact plus léger avec eux par une relation d'aide. Je savais c'était important d'être valorisé dans qu'est-ce que je faisais. La médecine semblait correspondre à ses aspirations là.	Intérêt tardif pour la médecine Intérêt pour les sciences de la nature et humaines Travail avec les gens Partage d'expériences Relation d'aide Besoin de valorisation Satisfaction du besoin

	Mais c'était sans savoir ce qu'est vraiment mais c'est un peu cette idée que j'avais que j'ai décidé de m'inscrire.	Sans savoir ce qu'est la (médecine)
Interviewer	Est-ce que pendant tout le cheminement est-ce qu'il y a eu des facteurs qui ont influencé votre engagement?	
Élvine	Dans quel sens?	
Interviewer	C'est-à-dire par exemple est-ce que à un certain moment vous vous êtes dit pourquoi est-ce que je fais médecine? Qu'est-ce qui vous amené à pouvoir continuer?	
Élvine	<p>Très fréquemment je me suis posé la question si c'était si ça valait la peine de continuer</p> <p>parce que j'ai une personnalité qui a de la difficulté à accepter l'échec. hein penser quitter la médecine ça aurait été vécu comme un échec de mon côté surtout que</p> <p>le système est fait si on quitte c'est le non-retour parce que une fois qu'on a été accepté dans une faculté de médecine au Canada, on ne peut être réaccepté dans une autre faculté de médecine. C'est sur que cela a pesé lourd sur la balance pour être ambivalent.</p> <p>Pour avoir y penser beaucoup je n'ai jamais eu de cran ou assez d'impulsivité ou de cheminement de pensée pour prendre une décision finale et puis décider de quitter.</p> <p>J'ai pris des arrêts de maladie pis</p> <p>J'ai réfléchi tout le temps</p> <p>j'ai réfléchi que je vais rester encore un petit peu je vais rester encore un petit peu je vais essayer encore un petit peu et bon voilà.</p>	<p>Valait-il la peine de continuer?</p> <p>Difficulté à accepter l'échec</p> <p>Non-retour après avoir quitté la médecine</p> <p>Manque de cran pour quitter</p> <p>Arrêt maladie</p> <p>Réflexion tout le temps</p> <p>Réflexion de rester un petit peu</p>
Interviewer	Bon voilà quand vous parlez des arrêts maladie bon cela veut dire quoi?	
Élvine	Ça veut dire qu'à un certain point je n'étais vraiment pas bien cela interférait avec ma performance pis	<p>Vraiment pas bien</p> <p>Interférence sur la performance</p>

	<p>cela ne faisait que contribuer au fait que je me sentais mal</p> <p>pis on résiste le fait de vouloir arrêter pis</p> <p>on a l'impression que cela va passer mais je suis arrivé à un point que cela n'était plus possible de continuer. Bon j'ai pensé à arrêter. Mais il faut prendre le temps de réfléchir.</p> <p>Tu commences par un arrêt maladie, tu verras bon j'ai vu un médecin de famille qui m'a prescrit un arrêt maladie.</p> <p>J'ai fait un cheminement par rapport à ça. Et puis j'ai finalement décidé de me relancer. Justement parce que je ne voulais pas garder la notion d'échec que je n'étais pas capable. Je voulais réussir et après ça décider si c'était pour moi ou pas.</p>	<p>Contribution au malaise</p> <p>Résistance à arrêter</p> <p>Impression que ça va passer</p> <p>Plus possible de continuer</p> <p>Temps de réfléchir</p> <p>Arrêt maladie</p> <p>Cheminement</p> <p>Décision de se relancer</p> <p>Volonté de réussir</p>
Interviewer	Quels sont les éléments qui t'ont amené à tomber en maladie?	
Élvine	<p>Hein! Je ne peux que juste parler de ma perception du problème. Je pense qu'il y a eu des facteurs personnels et systémiques.</p> <p>J'ai décidé de faire mes études à Sherbrooke, cela m'a éloigné de mon réseau de soutien.</p> <p>Les premières années je me suis senti seul, je pense qu'il y a aussi une ambiance à travers les étudiants de médecine qui sont très performants, il y a un effort particulier à faire sentir à tout le monde qu'on va bien on a l'impression que tout va bien sauf nous</p> <p>pis on se sent isolé là-dedans pis on est souvent très peu guidé puis accompagné. On est soit réprimandé pour les comportements qui ne sont pas désirés soit il y a juste la négation. L'externat ça été particulièrement difficile comme en stages cliniques il n'y a eu aucun accompagnement.</p>	<p>Facteurs personnels et systémiques</p> <p>Études à Sherbrooke</p> <p>Éloigné du réseau de soutien</p> <p>Sentiment d'être seul</p> <p>Effort de montrer qu'on va bien</p> <p>Sentiment d'être isolé</p> <p>Très peu guidé</p> <p>Réprimandes pour les comportements non désirés</p> <p>Stage difficile</p>

	<p>Il y a eu de petites plaintes mais arriver sur le terrain j'ai eu un premier stage très difficile l'agente administrative m'a rencontré elle m'a dit je sais qu'on a eu des plaintes au département de discipline de la part des médecins avec qui tu vas être. S'il y a quel que soit appelle moi. Ça a été très désagréable comme stage mais tout le temps c'est notre faute. C'est nous qui ne sommes pas assez bons, on aurait du savoir.</p> <p>C'est plus tard dans le programme que j'ai réalisé que ce n'est pas peut-être moi qui étais le problème c'est peut-être il y a quelques éléments du système qui font à ce que je me sente comme je sens-là mais à ce moment je prenais tout par mes épaules je me faisais passer les jambes, je n'arrivais pas à bien travailler. Le fait que qu'on ne va bien, le rythme est accéléré, on décroche très vite. On est plus capable de suivre. On est dans une spirale. On est en perte de contrôle sur l'anxiété sur notre estime de soi.</p>	<p>L'agente administrative</p> <p>Plaintes au département de discipline</p> <p>Stage désagréable</p> <p>Accusation de n'être pas assez bons</p> <p>Les éléments du système font qu'on ne va pas bien</p> <p>Rythme accéléré</p> <p>Plus capable de suivre</p> <p>Perte de contrôle sur l'anxiété</p>
Interviewer	Hé quand tu dis que le rythme est accéléré qu'est que cela veut-il dire?	
Élvine	<p>Cela veut dire que la charge de travail est très importante. Puis elle est cadré dans un calendrier qui est calculé à la minute pré en fait dans tout le programme ou à l'externat c'est impossible de prendre une journée de congé</p> <p>c'est impossible de prendre une fin de semaine. Tout doit être calculé à l'heure près.</p> <p>Quand il y a quelque chose qui se passe, on tombe malade, ça décale tout. Une fois qu'on a décalé on arrive plus à rattraper le cheminement. C'était comme un train qui roule si tu n'arrives pas à le rattraper jamais il est parti.</p>	<p>Charge de travail importante</p> <p>Calendrier calculé à la minute</p> <p>Impossibilité de prendre une journée de congé</p> <p>Impossibilité de prendre une fin de semaine</p> <p>Si maladie, ça décale tout</p> <p>Si décalé, impossible de rattraper le cheminement</p>
Interviewer	Oui quand tu dis charge de travail importante concrètement dans une journée qu'est-ce que tu fais?	
Élvine	Au prédoctorat ou	

Interviewer	En résidence.	
Élvine	<p>C'est au prédoctorat mon arrêt maladie je l'ai fait.</p> <p>En résidence, ça dépend de la résidence, moi on a plusieurs activités il y a des blocs de stages d'un mois et après ça il y a des activités longitudinales qui appellent.</p> <p>Le tout c'est d'arrimer tout ça. Une journée type tant à la clinique il faut que je range l'horaire d'activité soit que je voie les patients, il faut que je suive les laboratoires des patients il faut que je fasse mes notes, de fois j'ai des activités supplémentaires, des rencontres avec les tuteurs. On des travaux à remettre parfois on a des travaux académiques à préparer d'avance, il y a des choses à étudier. On nous donne des lectures à faire. Ça s'accumule vite.</p> <p>On est obligé de faire un choix pis on est pas capable de tout faire si c'était l'idéal qu'on le fasse.</p>	<p>Arrêt maladie au prédoctorat</p> <p>Plusieurs activités en résidence</p> <p>Blocs de stages d'un moi</p> <p>Activités longitudinales</p> <p>Journée type à la clinique</p> <p>Rangement d'horaire d'activité</p> <p>Visite des patients</p> <p>Suivi des laboratoires</p> <p>Notes d'évolution</p> <p>Activités supplémentaires</p> <p>Ça s'accumule vite</p> <p>Obligé de faire des choix</p>
Interviewer	Est-ce que tu parvenais à terminer toutes tes activités de la journée?	
Élvine	<p>Je n'ai pas une liste d'objectifs par journée, j'ai une liste d'objectifs urgent moyen terme puis long terme.</p> <p>Pis je m'organise en faisant des listes puis je me dis qu'est-ce que je dois faire aujourd'hui puis j'essaie de classer dans mon horaire.</p> <p>La ça me dit je ne pas envie d'aller à la clinique je vais prendre en charge telle telle tâche que je vais reporter. Chaque jour est planifié comme cela.</p> <p>Ça arrive que je ne suis pas mes objectifs de la journée puis je dois décaler le reste.</p>	<p>Liste d'objectifs</p> <p>Organisation d'activités en liste</p>

Interviewer	Si on revenait un peu sur ton arrêt maladie, tu as dit que tu as rencontré un médecin de famille, est-ce qu'il n'ya pas autre chose que tu as fait pour sortir de cette maladie?	
Élvine	<p>Cela a été un cheminement plus personnel ils m'ont conseillé des choses mais juste de tout arrêter et puis de me reposer je pense que c'est ce qui m'a fait le plus de bien là être capable d'avoir un sommeil régulier, de manger trois fois par jour.</p> <p>J'ai vu un psychologue quelques rencontres mais cela n'a pas été vraiment fructueux. Je n'ai pas senti de lien thérapeutique avec ce monsieur. Je ne pense pas que cela m'ai aidé.</p> <p>C'est plus moi qui me suis mis à réfléchir et puis je me suis dit je n'ai pas envie de vivre avec cet échec là toute ma vie. Je veux réessayer.</p>	<p>Cheminement personnel</p> <p>Arrêt et repos</p> <p>Plus de bien</p> <p>Rencontre psychologue pas fructueuse</p> <p>Pas aidé</p> <p>C'est plus moi</p> <p>Refus de vivre avec l'échec</p> <p>Volonté de réessayer</p>
Interviewer	Avec tes collègues de service comment étaient les rapports?	
Élvine	<p>Rendu à la résidence je pense que j'ai été assez chanceuse, je suis tombé sur une équipe de résidents avec laquelle il y a eu une ambiance agréable qui s'est créée dès le début ou tout le monde communiquait avec tout le monde.</p> <p>tout le monde était très honnête dans les relations interpersonnelles pis ça m'a permis de créer de liens puis d'avoir des gens avec qui partager mon expérience</p> <p>puis à briser un peu plus cet isolement qui était un peu plus présent à l'externat là.</p> <p>Pour moi ça été un gros facteur de résilience de me rendre compte j'étais non seulement loin d'être la seule mais que mon expérience était extrêmement courante. tous les résidents ont du vivre un cheminement émotionnel semblable à un point de leur formation.</p>	<p>Chanceuse à la résidence</p> <p>Équipe de résidents agréable</p> <p>Communication avec tout le monde</p> <p>Honnêteté dans les relations</p> <p>Création de liens</p> <p>Partage d'expériences</p> <p>Brisement de l'isolement</p> <p>Gros facteur de résilience</p> <p>Pas la seule</p> <p>Cheminement émotionnel courant</p>
Interviewer	Est-ce qu'il y a eu des résidents qui t'ont fait savoir que eux aussi ils ont traversé des moments difficiles comme ça?	

Élvine	Tout ceux avec qui j'ai eu une discussion approfondie m'ont fait part des situations comme ça	
Interviewer	Est-ce qu'il y a eu ceux qui ont démissionné ou bien très peu?	
Élvine	<p>Peu je dirais en médecine de famille il y a la situation particulière c'est souvent le deuxième choix de beaucoup de personnes. Dans le milieu caché c'est un programme qui est dévalorisé réservé à ceux qui sont moins bons c'est difficile d'avoir été placé en médecine familiale.</p> <p>Il y en a qui essaie de changer de programmes mais il y a un système qui permet ça mais c'est vraiment difficile de compléter ça. Il faut que plusieurs choses s'alignent. Je connais des gens qui ont essayé de le faire ils n'ont pas pu compléter ça, ils sont restés dans le programme de médecine familiale.</p> <p>De lâcher à ce point ci c'est très rare.</p> <p>Je sais que dans d'autres résidences ils font souvent le saut vers la médecine familiale qui a la réputation d'être plus tranquille.</p> <p>Mais lâcher non ceux qui ont lâcher c'était dans les premières années de la médecine prédoctorale là.</p> <p>Après ça ne se voit plus. Il y a beaucoup d'arrêt maladie là.</p>	<p>Médecine familiale</p> <p>2^e choix</p> <p>Programme dévalorisé</p> <p>réservé aux moins bons</p> <p>système de changement de programme</p> <p>Difficile à compléter</p> <p>Rare de lâcher à ce point</p> <p>Saut vers la médecine familiale</p> <p>Réputation plus tranquille</p> <p>Abandon au prédoctorat</p> <p>Arrêt maladie après</p>
Interviewer	En résidence?	
Élvine	En résidence à l'externat. En médecine tout le long du parcours	
Interviewer	Beaucoup de cas de maladies?	
Élvine	En fait quand cela ne va pas bien ils nous disent prenons un arrêt. C'est la seule chose qu'ils ont à proposer. Le programme m'a dit clairement on ne peut pas faire la médecine à temps partiel. Soit tu suis le programme avec le rythme effréné soit tu attends l'année d'après à rentrer.	<p>Arrêt maladie si malaise</p> <p>Pas de médecine à temps partiel</p>

Interviewer	Est-ce qu'il n'y avait pas possibles alternatives à te proposer pour pouvoir continuer parce que tu dis bien qu'il y a ce qu'on appelle la surcharge cognitive maintenant aussi tu n'arrives pas est-ce qu'il n'y a pas d'autres mesures pour mettre à ta disposition pour pouvoir continuer?	
Élvine	Ce qu'ils m'ont verbalisé soit tu arrêtes soit tu continues.	
Interviewer	Bon quels étaient tes rapports avec le superviseur?	
Élvine	<p>Moi J'ai eu beaucoup de difficultés dans cette relation-là hé à l'externat j'étais très hyper vigilante de chaque geste de chaque mot que je disais en espérant plaire ça me rendait timide crispée, pis j'ai eu des rencontres qui ont été très négatives à ce moment j'ai pensé que c'était de ma faute pis je me suis rendu compte que la plupart de ces gens avaient aussi quelque chose à se reprocher dans leur approche pédagogique qui avait été beaucoup plus négative plus néfaste que positive pour moi.</p> <p>J'ai essayé à la résidence d'être un peu plus acclamative de me développer en tant que personne de me faire une certaine autonomie ça n'a pas vraiment fonctionné.</p> <p>J'ai eu l'impression que les évaluateurs j'ai eu des évaluations qui étaient comme quoi j'étais rigide puis un peu agressive puis c'était problématique il fallait que je travaille là-dessus.</p> <p>Puis ils m'ont proposé de prendre un arrêt c'est la seule chose qu'ils proposent soit voir un psychologue.</p> <p>Hé pis mon cheminement ça été de me dire ces personnes ont l'autorité hé il y a une hiérarchie qui est importante ils ne tolèrent pas très bien d'être contredit. si je veux soulager cette frustration que j'avais à tous les jours de ne pas être capable d'agir comme je voulais agir mais ça a été de laisser faire. D'être complètement soumise et passive à la supervision on était dans la contre réflexion quand je vois un patient il y</p>	<p>Difficultés à l'externat</p> <p>Hypervigilante</p> <p>Timidité et crispation</p> <p>Rencontres négatives</p> <p>Approche pédagogique néfaste</p> <p>Plus acclamative à la résidence</p> <p>Pas vraiment fonctionné</p> <p>Remarques d'être rigide</p> <p>Proposition d'arrêt maladie</p> <p>Consultation psychologique</p> <p>Hiérarchie importante</p> <p>Intolérance à la contradiction</p> <p>Soumission à la supervision</p> <p>Contre réflexion</p>

	<p>a une partie de moi qui réfléchis qu'est-ce que le patient a quel est le traitement que je trouve le plus pertinent pour lui</p> <p>et qu'est-ce que le superviseur attend de moi dans cette situation-là.</p> <p>Je dois combiner ces deux pensées pour que quand je vais présenter au superviseur je dois lui dire qu'est-ce que je crois qu'il attend de moi</p> <p>pis cela a vraiment amélioré mes résultats. Ils ont essayé de voir on sent que tu es vraiment mur, que tu t'est vraiment amélioré on sent que tu es relax que tu es en contrôle de tes choses</p> <p>pis la seule revendication que j'avais faite c'est de ne plus le contredire.</p> <p>De remettre le masque que tout va bien que je ne vis aucune frustration</p> <p>pis</p>	<p>recherche de ce qu'a le patient;</p> <p>recherche du traitement le plus pertinent pour lui;</p> <p>Recherche de l'attente du superviseur dans cette situation;</p> <p>Amélioration de mes résultats</p> <p>Pas de contradiction au superviseur</p>
Interviewer	Ça veut dire que dès que tu commences à être un contradicteur tu es un danger pour eux il faut t'éliminer?	
Élvine	<p>Peut-être qu'ils me voient comme un danger moi mon modèle explicatif c'est que les gens ont un petit côté narcissique ils aiment ça expliquer les choses ils aiment ça avoir raison.</p> <p>Puis il y a une hiérarchie claire entre moi qui apprends et eux qui ont terminé. Donc si on est pas d'accord c'est nécessairement eux qui ont la bonne explication. Donc que il n'y a pas possibilité d'argumenter puis de me laisser puis j'ai quand on dit qu'on n'est pas d'accord c'est vécu comme une attaque à l'encontre de l'égo du superviseur. C'est moi qui me suit construit cette explication-là.</p> <p>Je pense que malheureusement aussi on a le réflexe de penser de l'autre étudiant quand il ne fait pas ce qu'on attend de lui puis je m'explique je suis résidente et je suis en train d'expliquer aux externes pis il y a une externe qui arriver 45 minutes en retard sur sa garde ça paraît mal moi puis l'autre résidente on était un peu mal à l'aise de qu'est-ce qui se</p>	<p>Côté narcissique des gens</p> <p>Aiment avoir raison</p> <p>Hiérarchie claire</p> <p>Impossibilité d'argumenter</p> <p>Désaccord vécu comme attaque</p> <p>Réflexe de juger négativement</p>

	<p> passe puis on s'est dit elle n'a pas l'air très motivé et puis nana. Dans la tête on l'a toute suite un peu catégorisé. Quand on l'a questionné un peu plus sur pourquoi elle était encore à sa journée de travail, elle terminait la tournée avec l'équipe de médecins internes puis probablement qu'elle se sentait beaucoup trop mal de dire au patron qu'elle devait quitter parce qu'elle avait une garde. Prise dans cette situation là elle est restée la réalité c'est que le personnel travaille beaucoup. Elle a de la misère à mettre ses limites. Ça l'affecte au point qu'elle est arrivée en retard. C'est sa responsabilité et nous on était prêt à la juger négativement d'emblée chance qu'on a eu ce réflexe là. Je vois mes collègues résidents quand on parle des externes puis je ressent mes superviseurs en parler aux résidents. Si, il y a quelque chose qui ne marche pas ils disent cette personne n'est pas motivée elle ne travaille pas bien c'est rare qu'on a une attitude empathique. Il faudrait probablement une raison qui fait que . puis je me suis surpris à avoir ce réflexe là aussi. Je pense qu'il y a une partie de ça aussi qui peut créer une tension dans la relation de supervision. On est rapidement critiqué pis voilà. </p>	<p>Attitude empathique rare</p> <p>Critique rapide</p>
Interviewer	Tu as parlé d'approche pédagogique d'après toi qu'est-ce que ça veut dire?	
Élvine	<p> Ça veut dire que quand je communique avec une personne un apprenant je choisis la façon pour que cela soit positive pour cette personne là que ça sert à son cheminement à son apprentissage. </p> <p> Je trouve que j'ai eu beaucoup de situations que j'ai eu avec mes superviseurs ou ce qui m'a été dit a nullement contribué à mon apprentissage cela a plutôt contribué à me sentir coupable à me sentir invalidé à me faire sentir que je n'étais pas assez bonne. </p> <p> Pis ça m'a pas motivé à travailler très fort au contraire ça m'a obligé à tout laisser tomber. Je travaille fort tous les jours et après ça me dire que c'était pas bon c'était pas idéal. </p>	<p>Communication positive</p> <p>Ça sert à son apprentissage</p> <p>Contribution nulle à mon apprentissage</p> <p>Sentiment d'invalidation</p> <p>Pas motivé à travailler</p>

	<p>Pis si je pense à une évaluation que j'ai eu qui m'a été dit et puis au début j'ai été réellement surprise tu as l'air assez bonne nana mais au cours du stage j'ai réalisé que j'étais une étudiante très moyenne. En gros son message c'était que j'étais conforme aux attentes mais qu'il s'attendait à plus. C'est pas quelque chose qui est positif pour moi. C'est pas quelque chose qui m'encourage à travailler plus.</p> <p>Ce superviseur n'a pas dit ça pour mon bien il n'a pas dit ça pour mon apprentissage et pour moi ce n'est pas une approche pédagogique d'avoir dit ça, il a dit ce qui lui passait par la tête. Il a nommé son sentiment. Il a nommé son jugement sans l'égard que cela avait un impact sur moi.</p>	<p>Évaluation décourageante</p> <p>Pas d'approche pédagogique</p>
Interviewer	Est-ce que tu as eu des remarques négatives de la part de tes superviseurs?	
Élvine	Régulièrement.	
Interviewer	Bon quels étaient tes rapports avec le reste de l'équipe? Les infirmiers, les préposés aux bénéficiaires? Les ASI?	
Élvine	<p>Ça dépend il y a vraiment un tas de monde de personnalités différentes. Il y a naturellement des frictions, on rentre dans un système où il y a des conflits entre professions ou il y a une hiérarchie. Ça arrivait que de la part des infirmières on sentait que nous on arrive on ne comprend rien du système puis on leur dit quoi faire. Il y en a qui n'aiment pas ça. Il y a longtemps qu'ils sont là. Ils se trouvent bonnes ils ne nous trouvent pas bons. Ils sont tannés d'être sous la responsabilité ils doivent se sentir sous le joug des docteurs. Je pense qu'on sentait ces tensions là à plusieurs reprises</p> <p>à d'autres moments aussi ça été très agréable avec les infirmières il y en a qui sont très aidantes aussi. Il y en a qui sont impressionnés qui sont contentes de nous voir. C'est très variable mais ça n'a pas été entièrement positif là. Il y a eu des fois où il y a eu des frictions.</p>	<p>Monde de personnalités différentes</p> <p>Conflits entre professions</p> <p>Infirmières aidantes</p>

Interviewer	Est-ce que tu peux me donner un cas ou il y a eu de frictions entre toi et une infirmière?	
Élvine	<p>Régulièrement sur les gardes souvent ils nous appellent avec une idée précise en tête</p> <p>pis quand on ne leur dit pas ce qu'ils auraient aimé entendre on sent du coup dans leur ton de voix "tu es sur que tu veux faire ça".</p> <p>De fois je ne sais pas le fait d'adresser un peu le problème est-ce que tu aurais des choses à suggérer.</p> <p>De fois on est juste pas d'accord, ils ne sentent pas bien avec l'autorité que j'ai de dire c'est moi au final qui dit ce quoi le traitement là.</p> <p>Il faut qu'elle applique elle doit se sentir assujetti à ma décision. Un peu comme je me sens assujeti à la décision de mes superviseurs.</p>	<p>Appel avec une idée en tête</p> <p>Doute</p> <p>Choses à suggérer</p> <p>Pas d'accord avec l'autorité</p> <p>Sentiment d'assujetissement</p>
Interviewer	Bon est-ce que quand tu arrivais en stages tu te comportais comme le boss ou comme une personne qui venais apprendre d'elle?	
Élvine	<p>Je n'ai jamais placé comme étant leur boss d'avoir une bonne relation avec les infirmières c'est essentiel ils nous disent on le remarque sur le terrain aussi j'ai toujours dit j'essaie d'avoir une relation le plus agréable possible avec les infirmières. De les valoriser de questionner leurs expériences tout ça.</p> <p>Mais de fois je n'ai pas le choix ils me proposent quelque chose avec lequel je ne suis pas d'accord un exemple c'est un patient qui désaturait pis j'avais parlé puis là on mettait un masque d'oxygène puis c'était pas suffisant l'autre option c'était de mettre un masque qui poussait très fort dans l'estomac il a trouvé cela très désagréable. Il ne voulait pas il était en parfaite il était calme il connaissait les conséquences. Je ne pouvais pas pousser plus que ça. Puis finalement il a continué à désaturer ils m'ont rappelé on est allé le voir et puis je lui ai dit voulez vous voir ça continue on essaie le masque il a dit okay on va essayer le masque on l'a</p>	<p>Pas placé comme leur boss</p> <p>Relation agréable avec les infirmières</p> <p>De fois en désaccord avec elles</p>

	<p>déplacé pour mettre le masque puis il commence à s'énervé à dire non otez moi ça otez moi ça otez moi ça. On lui enleve puis on lui met le venti masque et là il continue à désaturer et là les infirmiers disent ben là il faudrait que tu donnes les médicaments pour l'endormir pour qu'on lui donne le masque. Puis moi je ne me sentais pas à l'aise avec ça parce que ce patient là a pris une décision en connaissance de cause je ne veux pas lui imposer un traitement et moins l'assommer avec un médicament pour ensuite lui mettre un traitement. Eux leur position c'était un patient qui s'énervait qui désaturait et ça leur énervait de devoir gérer ça. Je pas lutter. J'ai dit non je préfère ne pas lui donner des médicaments je ne me sens pas à l'aise je ne pense que ce soit une bonne idée. Mais là je n'ai pas dit voici la décision. J'ai essayé d'éviter ça le plus possible.</p>	
Interviewer	Est-ce que tu as appris d,elles? Est-ce qu,elles t'ont apporté des connaissances et comment?	
Élvine	<p>Clairement tout au long de la formation là et particulièrement à l'externat on arrive à l'hôpital on a aucune idée de comment tout fonctionne. On arrive on nous dit hé way il y a des étudiants on ne savait pas docteur il y a des étudiants.</p> <p>Puis là on te dit va faire ça.</p> <p>Tu n'a aucune idée de quoi ou comment. Tu cherches une infirmière hello est-ce que tu peux me dire comment faire ça. De fois elles sont occupées mais en général elles t,expliquent c'est tout le temps eux qui sont là pour répondre à tes questions soit sur le fonctionnement.</p> <p>Au début quand on connaît moins le traitement ça vaut vraiment la peine de leur dire tu en as vu d'autres qu,est-ce que les autres docteurs faisaient d'habitude.</p> <p>Toi est-ce que tu as des suggestions ce n'est pas juste au niveau organisationnel que j'ai appris c'est aussi du traitement au niveau de tout ce qui est plaies ils en connaissent un peu plus que nous là.</p>	<p>Externat</p> <p>Hôpital</p> <p>Étudiants</p> <p>Va faire ça</p> <p>Aucune idée</p> <p>Aide de l'infirmière</p> <p>Habitude des autres docteurs</p> <p>Suggestions infirmières sur le traitement</p>

Interviewer	Si par exemple on te demandait de repenser ton orientation, est-ce que tu aurais choisi la médecine?	
Élvine	Jamais de la vie.	Démotivation
Interviewer	Pourquoi?	
Élvine	<p>J'ai l'impression que ça été beh au point ou je suis-je suis un peu très loin pour changer parce que ça m'a transformé. Ça vraiment fait de moi quelqu'un d'autre.</p> <p>Ça a été un processus très désagréable. Pis dans un certain cote j'ai gagné certaines forces mais ça aussi détruit quelque chose à l'intérieur de moi. Et puis je pense que personne ne mérite de vivre ce que j'ai vécu. Si je pouvais voyager dans le temps et puis je me rencontrais je devais dire va faire d'autre chose parce que ça va prendre toute la place la médecine</p> <p>parce que tout le reste de ta vie va être assujeti à la médecine. le problème est que on est des gens qui sont intéressés par plein d'affaires pis ils nous jugent sur un cv bien rempli l'un fait de la musique, l'autre fait du patinage de compétition. Une fois que tu rentres en médecine c'est rare les gens qui peuvent fonctionner</p> <p>ils doivent sacrifier peu à peu chacune de leur passion. Malheureusement je conseille ça à personne.</p>	<p>Très loin pour changer</p> <p>Ça m'a transformé</p> <p>Processus désagréable</p> <p>Toute la place prise par la médecine</p> <p>Vie assujettie à la médecine</p> <p>Sacrifier peu à peu leur passion</p> <p>Conseil ça à personne</p>
Interviewer	Est-ce que la médecine t'a empêché d'avoir des relations sociales? De t'épanouir sur le plan social?	
Élvine	Oui cela m'a empêché de m'épanouir, je travaille j'essaie fort de ne pas perdre complètement les relations je me sens juste peu à peu je m'éloigne de mes anciennes relations. La résidence ça m'a permis de rencontrer plusieurs personnes et j'essaie quand même de garder les contacts avec ces personnes dans une relation amicale. Mais ça prend un effort un peu	<p>Empêché de m'épanouir</p> <p>M'éloigne de mes relations</p>

	constant de maintenir un réseau social parce que très rapidement on s'éloigne.	
Interviewer	Bon moi je pense à un paradoxe, quand on voit un médecin on pense que c'est celui qui a atteint le plus haut niveau de la société mais toi tu dis que tu ne peux pas conseiller ça pourquoi, sur le plan par exemple épanouissement, tu veux par là dire que le médecin n'est pas épanoui?	
Élvine	<p>Peut-être qu'il y a ceux qui réussissent à s'épanouir je ne sais pas peut-être que je n'est jamais vécu d'autre métiers . dans chaque cheminement de vie il y a une réalisation à mener ça ne va pas comme on pensait que ça irait et puis il y a beaucoup de choses négatives qu'on vit qu'on pensait qu'il y en aurait je pense qu'il y a une partie du système qui est très pesant à porter parce que le fait d'être valorisé ça vient avec d'autres responsabilités</p> <p>il y a une sélection de gens très rigides un peu narcissiques qu'on met ensemble et qu'on fait compétitionner ça peut être difficile de se sentir bien dans ce contexte là.</p> <p>Pis il y a une grosse importance mise dans les apparences. C'est important que le médecin ait l'air épanoui ait l'air équilibré ait l'air de faire le sport d'avoir des bonnes habitudes alimentaires d'être heureux, d'avoir de bonnes habitudes de sommeil.</p> <p>Pis ils nous disent fréquemment faites ça ou plutôt ayez l'air de ça. Ils nous font comprendre aussi dans les messages détournés qu'on ne peut pas relâcher la pression. On doit obtenir les résultats, l'erreur n'est pas possible. On a pas vraiment d'autonomie il faut respecter les règles il faut respecter la hiérarchie. C'est comme deux visions qui sont comme incompatibles et qui sont poussés et puis mis de l'avant. Ça peut entraîner de la confusion ça peut aussi être difficile d'être honnête avec soit même d'être difficile avec les autres.</p>	<p>Choses négatives</p> <p>Partie du système très pesant</p> <p>Sélection de gens narcissiques qu'on fait compétitionner</p> <p>Difficile se sentir bien</p> <p>Les apparences</p> <p>Ayez l'air de ça</p> <p>Messages détournés</p> <p>Pression</p> <p>Pas d'autonomie</p> <p>Respect de la hiérarchie</p> <p>Difficile d'être honnête</p> <p>Apparence à garder</p>

	On a l'apparence à garder comme l'image du ciel qui a l'air tout beau et puis en dessous de l'eau ça pédale.	
Interviewer	Tu as dit que pour t'en sortir pour finir ta résidence tu as adopté la position de soumission. Est-ce que tu n'as pas autre chose que tu as adopté est-ce qu'il n'y a pas un superviseur qui était pour toi une personne qui t'a pris par la main un mentor un guide?	
Élvine	<p>J'ai pas eu la chance de rencontrer une personne comme ça. J'imagine que peut-être d'autre personne ont eu la chance de rencontrer je n'ai pas eu cette opportunité là.</p> <p>Je me suis senti trahi par l'ensemble des superviseurs.</p> <p>Je ne leur fais pas assez confiance pour m'ouvrir et être honnête avec eux.</p> <p>c'est impossible de développer une relation de mentorat dans ce contexte là. Ça m'a permis de mieux survivre au jour le jour, d'avoir cette attitude là.</p> <p>Ça m'a aussi coupé la possibilité d'avoir une relation honnête avec les superviseurs.</p>	<p>Pas la chance de la rencontrer</p> <p>Senti trahi par les superviseurs</p> <p>Fais assez confiance</p> <p>Relation de mentorat impossible</p> <p>Pas de relation honnête</p>
Interviewer	Est-ce que les superviseurs t'ont aidé dans l'acquisition des compétences?	
Élvine	Sur certains points oui.	
Interviewer	Comment?	
Élvine	<p>Ils nous parlent de beaucoup de choses que ce soit les concepts théoriques que des façons de questionner les patients les façons de faire un examen. Je ne pense pas qu'ils sont là avec la volonté de nous nuire.</p> <p>Ils sont là avec l'idée qu'ils doivent transmettre les connaissances.</p> <p>Je pense qu'il y a un manque de sensibilité comment les transmettre. Ils sont aussi préoccupés par leur propre horaire, leurs propres objectifs personnels parfois pas toujours compatibles avec les objectifs</p>	<p>Parlent de beaucoup de choses</p> <p>Pas la volonté de nous nuire</p> <p>Idées de transmettre</p> <p>Manque de sensibilité</p> <p>Préoccupés par leurs objectifs</p>

	d,encadrement. Oui j'ai quand même beaucoup appris des choses d'eux et chaque relation n'a pas toujours été négative j'ai eu des superviseurs que j'ai appréciés. Une fois que j'ai eu une bonne évaluation avec un superviseur je lui ai dit j'espère que je ne te reverrai jamais pour qu'il puisse garder cette bonne impression là de moi. C'est le réflexe que j'ai.	Appris beaucoup de choses d'eux Relation pas négative Superviseurs appréciés
Interviewer	Oui quand tu as fini ton deuxième cycle de médecine l'externat, tu es arrivé dans la résidence est-ce que tu prescrivais dans l'externat ou tu as appris dans la résidence?	
Élvine	Je pense on prescrivait je pense que c'est une grande différence avec la France là ils nous enseignaient à faire beaucoup de choses là comme externes. On a besoin d'être contresigné. Mais on part voir le patient, on fait l'examen physique, on fait un essai de nos idées diagnostiques on fait un essai d'écrire un plan de traitement puis après ça c'est vérifié par le résident ou par le superviseur qui va contresigner mais on essaie le plus possible d'entraîner les externes à oser essayer de prescrire.	Différence avec la France Enseignement à faire des choses Besoin d'être contresigné Entraînement des externes
Interviewer	Ça veut dire que quand tu arrives en résidence tu es préparé pour prescrire?	
Élvine	Oui tu es préparé pour prescrire.	
Interviewer	Est-ce que le patient t'a aidé à construire tes compétences?	
Élvine	Mais je dirais indirectement parce que c'est bien beau apprendre dans les livres mais ce qui nous motive à aller plus loin c'est les problèmes que les patients nous apportent là autant au niveau de la communication, au niveau des problèmes médicaux que dans leur recherche de traitement. Je trouve que c'est particulièrement stimulant la rencontre avec les patients. Ce qui nous motive à pousser plus loin.	Ce qui nous motive à aller loin Les patients Patients partenaires

	<p>Que ça soit bravo pour ce que tu as parcouru jusqu'ici, voici la prochaine étape. C'est très rarement fait dans ce sens là. Comment est-ce qu'on peut appliquer ça je pense qu'ils essaient de faire des cours de pédagogie déjà mais tout le monde est occupé par plein d'autres choses. Je comprends que c'est pas facile. Je trouve que malheureusement aussi c'est un gros système qui en est rendu très formel quand ils font des trucs bien je ne trouve pas que c'est réel.</p> <p>On a des rencontres avec les tuteurs pour vérifier qu'on est bien c'est un checklist vit tu du stress, on entend pas mon stress. Chaque fois que je suis allé les voir pour dire que je suis stressé, ils m'ont dit</p> <p>Il faut que tu ailles soit tu continues soit tu vas en arrêt maladie. Et puis j'ai dit un petit peu je ne vais pas en parler ils ont dit okay ils ont coché et puis ils ont dit comment va tu le reste de ta résidence. Il a coché sur sa liste.</p> <p>Il n'y a pas de réelle communication. Je ne peux pas avoir confiance pis je pense que c'est malheureux. Dans le monde idéal, je pouvais avoir confiance je ne pouvais avoir peur de me faire jugé mes erreurs puis au lieu de me dire ce que j'ai fait de mal on m'offrirait des solutions.</p>	<p>Bravo</p> <p>Cours de pédagogie</p> <p>Gros système formel</p> <p>Rencontres avec les tuteurs</p> <p>Checklist</p> <p>Pas de réelle communication</p>
Interviewer	Bon est-ce que tu as appris de tes co-résidents?	
Élvine	<p>Quand même. Ça arrive quand même qu'on travaille avec d'autres résidents. On se pose les questions entre nous on se donne les conseils en fait oui indirectement j'ai appris d'eux si je peux dire si tu as cette situation là qu'est-ce que tu ferais dans ce contexte là. Oui j'apprends d'eux. Souvent les collègues ça permet de poser les questions honnêtement.</p> <p>Puis ne pas être dans cette relation de jugement avec les superviseurs parce qu'ils jugent sur tout ce qu'on fait. On pose trop de questions stupides. On pose une question qu'ils n'aiment pas ils vont le retenir ce</p>	<p>Travail avec d'autres résidents</p> <p>Ne pas être dans la relation de jugement des superviseurs</p>

	sera retenu contre nous là. La résidence ça permet de poser une question on est égale à égale avec eux.	Égale à égale avec eux
Interviewer	Et avec le personnel infirmier est-ce que tu peux donner une proposition d'implication de ce professionnel?	
Élvine	Je pense qu'ils n'ont pas le choix de participer mais ils ne participent pas tant de façon directe c'est pas formel en fait à notre formation à l'apprentissage c'est plus par la bande. Je pense que c'est correct dans le système actuel puisqu'on travaille beaucoup dans les sillos. Je ne sais pas vraiment c'est quoi le travail d'une infirmière au jour le jour.	Participation pas formelle Travail dans les sillos Sais pas c'est quoi le travail d'une infirmière
Interviewer	Le sillo c'est quoi s'il te plaît?	
Élvine	C'est les corridors parallèles qu'il y a une certaine communication mettons je réfléchis sur le fonctionnement de l'urgence et puis j'ai une question précise de ce que fait une infirmière au triage je ne sais pas c'est quoi ses objectifs quand elle travaille ses tâches. Je sais que quand j'ai tel ou tel problème c'est elle que je vais aller voir mais au jour au jour qu'est-ce qu'elle apprend dans ses stages qu'est-ce qu'on lui enseigne c'est un monde séparé là et puis la même chose ils ne doivent pas savoir ce que nous on fait en tant que médecin et ce qu'on se fait enseigner dans nos cours.	Silos égale Corridors parallèles de communication Monde séparé
Interviewer	Est-ce que tu penses que cette façon de procéder c'est-à-dire que tu as une personne avec tu as appris à collaborer avec mais tu ne connais pas ce qu'elle fait elle ne connaît pas ce que tu fais. Tu penses que la collaboration peut être vraiment efficiente.	
Élvine	Je ne sais pas exactement ce qu'elle fait mais il y a quand même des choses que je sais puis hein on apprend aussi c'est quoi leurs frustrations dans le travail et	Ne sait pas ce qu'elle fait

	<p>ils essaient de mener des activités pour nous enseigner qu'est-ce qu'ils font. Je pense qu'on développe une certaine sensibilité hein pis c'est pas idéal et en même temps on a tellement de choses à apprendre.</p> <p>Je ne pense pas qu'il y a de la place pour apprendre comment une infirmière réfléchit. Il faut déjà que j'apprenne comment un docteur ça pense et que il n'y a pas vraiment de place pour apprendre comment une infirmière réfléchit.</p> <p>Mais j'ai quand même une idée générale de ce quoi je peux lui demander c'est quoi qui risque de la fâcher pour ne pas faire son affaire de ce que je lui ai demandé de comment est-ce que on peut essayer d'harmoniser ça. Je pense qu'il y a moyen d'avoir une bonne communication. Je pense que l'important c'est d'adresser quand il y a des tensions au niveau interprofessionnel d'avoir aussi des communications informelles.</p> <p>Ça aide aussi à réduire les tensions quand c'est juste une relation professionnelle.</p> <p>Il y a plus de risque de développer des frustrations. Mais si les gens sont à l'aise de communiquer avec l'autre mais ils peuvent nommer au moins c'est quoi leurs frustrations. Ce qui domme c'est quand on garde pour soi c'est la relation hiérarchique qui fait qu'on ne sent pas à l'aise de communiquer avec l'autre.</p> <p>C'est ce qui nuit le plus à la communication interprofessionnelle le fait ne pas savoir exactement ce qu'ils font.</p>	<p>Activités pour nous enseigner ce qu'elles font</p> <p>Pas de place pour apprendre comment une infirmière réfléchit</p> <p>Communications informelles</p> <p>Ça aide à réduire les tensions</p> <p>Frustrations</p> <p>Ce qui nuit à la communication interprofessionnelle</p>
Interviewer	Est-ce qu'il n'y a pas un dossier de communication entre vous par exemple si je me rappelle bien il y a souvent des plateformes l'infirmier fait ça le médecin fait ça il n'y a pas ça?	
Élvine	Un petit peu justement c'est ça leurs objectifs sont différents des nôtres leurs outils de travail ne sont pas les nôtres. Par exemple à l'urgence quand ils font le triage ils posent une série de questions par système et	Différence d'objectifs

	<p>puis ensuite ils donnent une feuille de résumé . il y a des informations là-dessus qui ne sont pas pertinentes moi je n'utilise.</p> <p>C'est vraiment que elle alors son algorithme de cheminement elle est arrivé à une réponse et moi j'ai un autre algorithme de cheminement. C'est vraiment complètement différent. On travaille dans le même but mais la façon de travailler la façon de réfléchir est différente. Ça ça ne va jamais s'harmoniser parce que le fait qu'on ne fait pas le même travail.</p> <p>Pis souvent je pense que les difficultés de communication, je pense que c'est que on n'a pas la même idée du patient. C'est vrai quand on ne comprend pas trop ce que l'autre fait ça nuit aussi.</p> <p>Mais souvent c'est par la surcharge de travail. Elles ont beaucoup de choses à faire j'ai beaucoup de choses à faire je dépends de certaines informations qu'ils vont faire je suis un peu après eux pour ça.</p> <p>Et eux ils restent des choses c'est là que ça met des tensions. Le patient n'a pas été pesé, il n'a pas reçu le médicament, ça ça rentre dans mon travail. Eux ils ont d'autres patients à gérer aussi.</p>	<p>Algorithme de cheminement différent</p> <p>Difficultés de communication</p> <p>Surcharge de travail infirmière</p> <p>Tensions</p>
Interviewer	<p>Est-ce que tu lisais leurs rapports. Très souvent il y a le dossier médical. Dans le dossier médical il y a aussi la partie infirmière. Est-ce que tu lisais souvent ce qu'ils écrivaient. Toi en tant que médecin tu dois quand même lire pour voir le cheminement.</p>	
Élvine	<p>Ça dépend dans quel contexte. Il y a des contextes beaucoup plus pertinents que d'autres.mais souvent c'est long et ardu leurs rapports. L'idéal c'est d'aller directement voir l'infirmière et lui demander qu'est-ce que tu penses de ce patient là .</p> <p>d'avoir plus une communication verbale plus rapide et efficiente de nos points de vue je pense aussi que pour l'infirmière</p> <p>il y a certaines informations justement qu'on va voir dans les notes infirmières si c'est les patients il faut que je surveille comment ils</p>	<p>Rapports longs et ardu</p> <p>Communication verbale</p> <p>Notes infirmières</p>

	<p>mangent. Le poids est-ce qu'ils vont à la selle c'est quoi leurs activités c'est quoi leurs états de conscience.</p> <p>Tout ça ce sont des soins infirmiers. Pas systématiquement quand c'est pertinent et qu'ils ne sont pas là et j'en ai besoin c'est très désagréable.</p>	Désagréable notes infirmières incomplètes
Interviewer	<p>Bon est-ce qu'il n'y a pas d'autres moyens d'acquérir les compétences à part les patients à part les infirmières. Est-ce qu'il n'y a pas d'autres moyens informels pour pouvoir acquérir des compétences? Parce qu'on sait que le superviseur est là pour ça mais tu passais aussi par le personnel infirmier tu passes par les patients mais d'autres moyens il n'y en avait pas?</p>	
Élvine	<p>C'est une bonne question j'avoue que je n'ai pas trop réfléchi mais en fait c'est pas vrai il y a d'autres mais il y a aussi souvent le superviseur dans tout ça mais c'est très à la mode il y a la simulation en situation de problème.</p>	<p>Le superviseur</p> <p>Simulation en situation de problème</p>
Interviewer	Ça veut dire quoi simulation?	
Élvine	<p>C'est la grande industrie de la simulation des problèmes médicaux donc des par exemple un mannequin qui va jouer un patient animé puis il y a une équipe qui va créer un scénario à laquelle on va interagir, ils imitent une salle d'urgence par exemple puis là on rentre on distribue les rôles à chacun toi tu vas être inhalothérapeute toi tu vas être infirmière puis après ça ils nous donnent une situation clinique puis là on doit interagir avec cette situation clinique. On pose des questions il y a des réponses il y a d'autres choses qui se passent. Puis il faut qu'on explicite notre comportement notre système de pensée</p> <p>puis ceux qui écrivent le scénario ont aussi une liste d'objectifs si ça peut être autant au point de vue médical que la communication avec les autres professionnels ça peut être au niveau de la prise en charge au niveau du diagnostic au niveau du des techniques intuber tout ça je trouve ça</p>	<p>Simulation</p> <p>Mannequin animé</p> <p>Scénario créée par une équipe</p> <p>Distribution des rôles</p> <p>Situation clinique</p> <p>Interaction avec cette situation</p> <p>Explicitation de notre comportement</p> <p>Liste d'objectifs</p>

	<p>vraiment pertinent et intéressant ça demande une quantité de ressources considérables par contre en termes de temps pour les gens qui le font qui montent le scénario qui montent les objectifs que de matériel les mannequins c'est extrêmement chers il y a beaucoup de limitations encore mais quand on l'occasion de le faire c'est très positif. Pour l'instant c'est seulement utilisé comme méthode d'apprentissage ils planifient d'en faire une méthode d'évaluation je ne sais pas si ça va changer la relation qu'on a avec ce genre d'exercices. Les patients partenaires aussi c'est très intéressant pour les externes pis au préclinique. Pis c'est sur aussi qu'on lit des choses dans les livres là.</p>	<p>Mannequins chers</p> <p>Beaucoup de limitations</p> <p>Méthode d'apprentissage</p> <p>Patients partenaires</p> <p>Lis les livre</p>
Interviewer	Et cette simulation là c'était pendant la résidence ou c'était pendant l'internat?	
Élvine	Oui il y a eu une pendant l'externat il y a des choses qui sont à l'extérieur du curriculum il y en a qui sont à la résidence aussi.	
Interviewer	Donc c'est beaucoup plus en résidence que tu passais par-là?	
Élvine	<p>Beh en fait c'est relativement nouveau il y a eu une certaine forme de ça à l'externat parce qu'on fait les pratiques mettons c'est un autre collègue qui a des scénarios il est un patient pis il a des symptômes pis moi je me pratique à l'interroger. C'est au niveau basique qu'on faisait beaucoup avant</p> <p>la simulation plus complexe ou il y a d'autres intervenants ça vient plus tard dans la formation. Chance qu'ils essaient d'en ajouter de plus en plus mais c'est pas encore systématiser. À ste justine ils ont développé un centre il y a des choses moi je me suis inscrite aussi à des congrès à des choses qui m'ont fait pratiquer ça. Moi il n'y en a encore beaucoup qui sont implantés de façon obligatoire.</p>	<p>Simulation basique</p> <p>Simulation complexe</p>
Interviewer	Est-ce que tous les résidents font ce que tu faisais là ou bien c'est ta façon privilégiée de pouvoir apprendre.	
Élvine	Par rapport à des professionnels?	

Interviewer	Par rapport à acquérir des compétences de façon formelle? Est-ce que tous les résidents passaient par par exemple les simulations les congrès et autres?	
Élvine	<p>Eh il y a une partie qui est laissée à nous même propice à notre propre autonomie et il y a une partie qui est plus formalisée.</p> <p>Les congrès c'est nous qui les choisit quand est-ce qu'on les fait les simulations je les ai recherchées je les ai fait plus mais certaines programmes essaient de plus en faire</p> <p>mais il y a beaucoup de disparités entre les milieux là le fait j'étais dans une certaine umf j'avais accès à certains cours qui étaient différents de certaines vaccinations les autres résidents que je rencontre qui me parlaient de ça quelqu'un qui est dans une autre umf va avoir accès à d'autres choses il n'aura pas accès à.</p>	<p>Partie laissée à nous</p> <p>Partie formalisée</p> <p>Congrès</p> <p>Disparités entre les milieux</p> <p>Cours différents</p>
Interviewer	Est-ce qu'il n'y a pas par exemple quand tu dis par exemple que tu étais dans une umf tu as fait ceci ton collègue ton collègue par exemple de l'udem qui est par exemple dans une autre umf ne fait pas la même chose est-ce qu'il n'y a pas après un autre moyen pour vous réunir pour vous donner les mêmes connaissances?	
Élvine	<p>Il y a différents niveaux d'apprentissage</p> <p>il y a ce qui est obligatoire pour tous les résidents du Québec et du canada il y a ce qui est obligatoire pour les résidents de Montréal pis il y a des activités intraumf. Il y a certaines activités certains cours qui étaient à tous les résidents de l'udem il y a certains cours qui étaient seulement à mon umf. C'est variable. Mais c'est nullement pas égalitaire mais ils essaient de dire que c'est équivalent mais la vérité c'est qu'on a tous des expositions différentes. Dans une certaine mesure on a pas le choix d'être comme ça parce que le matériel peut être différent la motivation des superviseurs à certains endroits peut aussi être différente</p>	<p>Niveaux d'apprentissage</p> <p>Québec et Canada</p> <p>Montréal</p> <p>Intraumf</p> <p>UDEM</p> <p>Nullement pas égalitaire</p> <p>Expositions différentes</p> <p>Matériel différent</p> <p>Opportunités différentes</p>

	aussi les opportunités sont différentes les patients qu'on rencontre sont différents ça nous expose à différentes choses	Patients différents
Interviewer	Tu as dis que souvent le patient t'aider à construire des compétences mais de façon indirecte est-ce que tu peux me donner par exemple une phrase qu'il a dit?	
Élvine	<p>Je ne sais pas si je peux donner un exemple particulier mais mettons j'ai une rencontre avec un patient je trouve que ça s'est mal passé ou il ne fait pas ce que je lui dis ou j'ai de la misère à lui poser de questions ou j'ai de la misère à assister à son entrevue ou il y a un problème médical je n'ai aucune idée c'est quoi ben je ne vais pas faire comme ben tant pis mais je vais essayer de voir comment faire pour améliorer ça c'est quoi le problème dans cette rencontre-là</p> <p>c'est quoi les stratégies que je peux faire j'essaie de revoir j'essaie d'appliquer des stratégies différentes. Je trouve que c'est beaucoup plus de cette façon je trouve que c'est une stimulation à aller chercher plus loin eh pis on teste ha j'ai essayé et</p> <p>pis là ça bien marché</p> <p>je vais essayer avec d'autres patients et</p> <p>puis là ça marche moins bien</p> <p>qu'est-ce que je peux faire de différent par exemple encourager quelqu'un à retourner au travail quelqu'un qui est en arrêt de travail ça peut être difficile parce qu'il y a une inertie qui se crée les gens développent l'anxiété à y retourner et de fait ils sont très résistants. Le coaching pour essayer de les retourner</p> <p>c'est ça en essayant avec les patients différentes choses qu'on peut développer une technique qui fonctionne mieux même chose les cas de douleurs chroniques les troubles de personnalité, je dirais que c'est surtout comme ça qu'ils nous aident à nous développer.</p>	<p>Rencontre s'est mal passée</p> <p>C'est quoi le problème</p> <p>C'est quoi les stratégies</p> <p>Ça a bien marché</p> <p>Essai avec d'autres patients</p> <p>Ça marche moins</p> <p>Qu'est-ce que je peux faire de différent</p> <p>Essai avec d'autres patients</p> <p>Technique fonctionnelle</p>

Interviewer	Est-ce que le patient ne t'a pas par exemple dit que mon médecin me fait souvent comme ça? Le patient lui dit en cas d'épidémie mon médecin me prescrit souvent ça. Est-ce qu'il n'y a pas eu une phrase comme ça?	
Élvine	<p>Cela arrive souvent qu'ils disent que mon autre médecin a fait ça mais la majorité de fois que je me souvenais c'est qu'il me disait ça parce que ça ne concordait pas avec ce que je leur disais.</p> <p>Peut-être qu'au départ à l'externat quand il y a moins de choses qu'on sait il y a des chances qu'ils nous apprennent quelque chose mais souvent il n'y a pas beaucoup de choses tous les médecins ils disent qu'il y a une chose absolue qu'il faut faire et ils ne sont pas capables de faire la vérité c'est que il y a une infinité de façons de faire et on est jamais vraiment et puis les recommandations changent. Je dirais que dans les dernières années c'est pas arrivé qu'ils disent mon médecin m'a fait ça puis je me suis ha c'est intéressant.</p> <p>Je me suis dit ha ça me questionnait ha est-ce que c'est valide. J'allais relire là-dessus c'est peut-être arrivé que de fois que j'ai appris des choses surtout quand c'était avec les médecins spécialistes ha mon médecin m'a fait ça. Par exemple il y a une patiente elle avait comme dix diarrhées par jour depuis des années puis je trouvais ça bizarre je l'ai juste convaincu d'aller prendre une coloscopie et là quand elle a fait sa coloscopie le gastro qu'elle a vu lui a fait une biopsie et il lui a diagnostiqué une colique microscopique et puis je n'avais aucune idée de ce que c'était je suis allé lire sur la colique microscopique. Oui j'ai appris par le fait que cette patiente là a subi un examen puis qu'elle m'en a parlé</p>	<p>Mon médecin a fait ça</p> <p>Au départ à l'externat</p> <p>Infinité de façons de faire</p> <p>Mon médecin m'a fait ça</p> <p>Ça me questionnait</p> <p>Relecture dessus</p> <p>Surtout avec les médecins spécialistes</p>
Interviewer	Bon quand tu finis le second cycle tu arrives en résidence là tu es seul est-ce qu'il t'est arrivé	
Élvine	On est pas seul	
Interviewer	Est-ce que tu as eu l'impression que tu étais seul?	

Élvine	<p>Je me sens seul beaucoup plus psychologique là parce qu'au contraire je ne me sens pas seul au niveau de façon générale j'ai trouvé plus que j'étais dans un carcan pas être seul mais ne pas être capable de développer mon autonomie d'être tout le temps redirigé d'être tout le temps surveillé d'être tout le temps pris dans le petit cadre qu'il faut que ça soit eh</p> <p>il y a des fois il y a eu des stages de nuit</p> <p>ou les gens ne sont pas sur place ou on est gêné à deux heures du matin</p> <p>on est pas sûr si c'est grave ou pas</p> <p>et je me dis je dois appeler le patron ou pas de fois on s'est reproché d'avoir appelé trop vite parce que ce n'est pas absolument grave mais il ne faut aussi appeler trop tard. Je dirais qu'il y a des moments où j'aurais pu me sentir seul.</p> <p>L'avantage est qu'il y avait d'autres résidents la nuit et que dès le début de la nuit j'essaie d'encourager l'autre qu'on s'entraide je suis tout le temps tomber sur des gens qui étaient très c'était un travail d'équipe j'avais tout le temps quelqu'un à qui poser la question.</p> <p>Il y a des fois je me suis senti seul parce que les autres résidents étaient occupés pis j'allais voir un patient parce qu'ils m'ont appelé parce qu'il suait beaucoup quelque chose comme ça. J'ai dit je vais aller voir ça me paraît pas grave. Quand je suis arrivé il y a des choses qui clochaient avec le patient pis j'étais au début je ne savais pas ce quoi mais ça ne marchait pas pis l'infirmière était nouvelle pis elle ne comprenait pas trop ce qui se passait pis là j'étais comme ça ne va pas je ne savais pas quoi faire pis là je tatonnait un peu pis j'ai essayé d'appeler la résidente et pis elle a dit non non ne t'inquiète pas fais y tel affaire pis là je fais mais ça ne va pas vraiment bien pis là elle dit non non c'est correct puis là finalement je fais un gaz artériel et pis dans les résultats ça n'avait l'air de vraiment bien aller l'autre résidente était comme ouais vraiment</p>	<p>Me sens seul</p> <p>Pas capable de développer mon autonomie</p> <p>Stages de nuits</p> <p>Pas les gens</p> <p>Pas sûr si grave ou pas</p> <p>Appel du patron ou pas</p> <p>Autres résidents la nuit</p> <p>Travail d'équipe</p> <p>Senti seul</p> <p>Résidents occupés</p> <p>Infirmière nouvelle</p> <p>Savais pas quoi faire</p> <p>Appel de la résidente</p> <p>Fais y telle affaire</p> <p>Gaz sanguin pas bien</p>
--------	--	--

	je vais appeler les soins intensifs et pis là les soins intensifs tu dies à mon niveau je ne savais pas quoi faire pis finalement ils sont arrivés et ils se sont occupés du patient. le plus souvent à la résidence je me suis senti souvent pris et puis encerclé à l'externat je me suis senti très seul.	Appel des soins intensifs
Interviewer	Pourquoi? Comment tu t'est senti seul?	
Élvine	Parce que tu ne sais rien. Tu ne sais pas comment faire rien. Ils sont comme va faire ça et pis tu te retrouves sur l'étage perdu tu ne sais pas à qui poser la question tu ne sais pas le rôle de chacun. Pis c'est ça. Tu sais rien et tu es comme tu as moins confiance en tes décisions que tu prends tu ne sais pas à qui demander. C'est là vraiment que je me suis senti seul.	Ne sais rien faire Va faire ça Sais pas à qui poser la question Moins de confiance Suis senti seul
Interviewer	Bon quand tu arrives en résidence, tu dis que tu as un superviseur qui est là, est-ce que il est toujours là pour contrôler ce que tu fais ou bien on te laisse faire?	
Élvine	À la résidence?	
Interviewer	Oui en résidence	
Élvine	Ils sont tout le temps. Tout le temps tout le temps là.	tout le temps là
Interviewer	Donc tu ne fais rien seul?	
Élvine	Mais je fais des choses seul mais sur la supervision disons à l'umf je vais voir mes patients seuls mais apr's des caméras il y a tout le temps la possibilité qu'ils sont en train de nous regarder et puis de nous écouter. De fois on a faire à un superviseur qui ne fait que nous écouter et nous regarder. Et pis quand je reviens je vais lui présenter mon cas mon impression et pis qu'est-ce que je ferais pis comme je disais tantôt s'il n'est pas d'accord avec ce que je ferai il me dit ce qu'il ferait et	Supervision sur caméra Présentation de cas Si pas d'accord Fait ce qu'il me dit

	<p>pis je dois faire ce qu'il me dit là. C'est très très rare les fois où ils m'ont dit là moi je ferai plus ça mais vas-y à ta façon. Leur vision nous est imposée de part le fait qu'ils ont la responsabilité.</p> <p>Je trouve que ça nuit au développement de l'autonomie.</p> <p>Les seules fois où j'étais plus autonome c'était dans les gardes de nuit où le patron n'est pas sur place. Là il y a certaines décisions qu'on doit prendre seul. Je trouve que ça a aidé à développer mon autonomie mais c'est quelques journées dans la résidence.</p> <p>C'est plus stressant dernièrement j'étais en frustration de ne pas être capable de faire ce que je voudrais faire au patient. Je trouve qu'on est trop surveillé.</p> <p>On est tout le temps évalué chaque seconde on est évalué on a passé un mois avec le superviseur il nous fait une évaluation surviens-tu tel jour à telle heure tu as dit telle affaire c'était pas bon je te fais un commentaire négatif sur ton évaluation.</p> <p>C'est vraiment une évaluation par la négative. Ils sont très sensibles à tout tout tout. Ils ont tendance à oblitérer le positif à moins que t'a été merveilleux et à mettre l'accent sur le négatif. Ça n'a pas été bien comme tu as fait ça ça ne marche pas comme ça. ça peut être une fois une chose ça va teinté une fois tout le reste.</p>	<p>Vision imposée</p> <p>Ça nuit au développement de l'autonomie</p> <p>Gardes de nuit</p> <p>Aide à développer mon autonomie</p> <p>Frustration de ne faire ce que je veux</p> <p>Trop surveillé</p> <p>Tout le temps évalué</p> <p>Évaluation par la négative</p>
Interviewer	<p>Est-ce que parce qu'ici à je crois c'est à l'UMF de Longueuil oui vers St-Hubert là il y a souvent des murs avec des glaces. avec des miroirs c'est ça que tu appelles surveillé c'est ça?</p>	
Élvine	<p>Il y a la supervision directe on se fait regarder et puis écouter et la supervision indirecte on va raconter ce qu'on a fait. À mon UMF comment ça fonctionne</p> <p>il y a des caméras dans les salles qui nous regardent pis nous écoutent pis les superviseurs sont dans une autre salle pis ils ont accès aux</p>	<p>Supervision directe</p> <p>Supervision indirecte</p> <p>Caméras</p>

	<p>caméras de toutes les salles pis alternativement ils regardent différents résidents. Ils écoutent qu'est-ce qu'ils font.</p> <p>Mais dans d'autres stages, il y a eu des miroirs, il y a eu des le programme essaie le tant que possible d'encourager l'observation directe du résident par le superviseur mais il y a d'autres fois ça se prête moins.</p>	Miroirs
Interviewer	Mais attends pour toi est-ce que c'est négatif de vous surveiller comme ça ou tu voudrais être seul?	
Élvine	<p>Ça dépend comment c'est fait. C'est à quel point c'est fréquent le problème c'est que ça vient avec cette culture-là de trouver le bobo. On trouve ce qui ne va pas bien.</p> <p>On se trouve surveillé mais pas observé. On a pas l'impression d'être observé mais j'ai l'impression d'être surveillé.</p> <p>Ils cherchent le bobo oui ça met une tension pis c'est négatif. Si c'était fait dans une notion d'observation je pense que ça pouvait être plus positif. L'avantage de le faire tout le temps c'est que ça devient moins stressant à la longue. Alors que si on le fait de temps en temps cela fait une grosse intensité de stress pour cette épisode.</p> <p>Je ne pense pas que je suis seule à qui ça dérange le moins. Il y a plein d'autres résidents qui vont dire je déteste ça. Je déteste ça la caméra d'être à tout moment regarder dans tout ce que je fais. Justement ils cherchent le bobo. La façon dont on te dit tel mot c'est pas correct.</p>	<p>Culture de trouver le bobo</p> <p>Se trouve surveillé pas observé</p> <p>Cherche le bobo</p> <p>Pas la seule à qui ça dérange</p> <p>Cherche le bobo</p>
Interviewer	Est-ce que tu sens qu'on te regarde et en plus on enregistre tout ce que tu dis ou bien ce n'est que la caméra?	
Élvine	<p>Il y a des activités d'enregistrement. La complication c'est qu'on demande la permission au patient on en a pas vraiment le choix on enregistre</p> <p>pis après on réécoute avec un superviseur pour commenter sur ma performance. Évidemment c'est valorisé dans les méthodes pédagogiques</p>	<p>Activités d'enregistrement</p> <p>Réécoute avec un superviseur</p>

	<p>actuelles ils sont en train de plus en plus implantés ça. Ils sont vraiment à l'avant-garde.</p> <p>Le problème c'est que comme il y a les résidents qui se sentent surveillés jugés</p> <p>beh ils ne choisissent pas de vidéo qui vont leurs permettre de progresser ils choisissent des vidéos ou ils ont l'air bons pour ne pas se faire reprocher les affaires. Moi j'ai essayé d'utiliser de façon pertinente . j'ai eu des mauvaises expériences avec mes superviseurs mais il y en a d'autres qui ont eu de pires expériences que moi. Elle a présenté une vidéo et après ça elle s'est fait reproché comme elle a agi et pis ça s'est retrouvé dans son évaluation. Et pis après ça elle ne faisait plus de vidéo ou elle n'était pas assez bonne parce que évidemment le but de l'activité c'est l'objectif formel c'est de présenter un cas qu'ils ont trouvé difficiles on essaie de me donner les stratégies. Comment les gens l'utilisent on va s'en juger sur cette vidéo là en fait. Choisir une vidéo ou j'ai été bonne pourqu'ils voient le bon côté de ce que je fais.</p>	<p>Sentiment d'être jugé</p> <p>Pas de choix de vidéos pour progresser</p> <p>Mauvaises expériences avec superviseurs</p> <p>Choix de vidéo où on est bon</p>
Interviewer	<p>Ça veut dire ceci n'est-ce pas que cette consultation cette séance sera enregistré l'autre non c'est ça? Ou tu enregistres une séance et tu choisis la partie ou tu as été meilleure?</p>	
Élvine	<p>On a des périodes ou on est supposé enregistrer toutes nos entrevues de fois ça ne marche pas comme ça je suis en retard je n'ai pas le temps d'expliquer au patient c'est quoi le patient ne veut pas ou j'oublies.</p> <p>Là on se construit une espèce de bandes d'entrevues enregistrées puis après ça on choisit parmi ceux qu'on a enregistré lesquelles on veut visualiser. Il y a une partie ou on choisit mais de fois moi il m'est manqué de choix parce que je n'enregistrais pas assez.</p>	<p>Période d'entrevues enregistrée</p> <p>Ça ne marche pas de fois</p> <p>Bande d'entrevues enregistrées</p> <p>choix de ce qu'on veut visualiser</p>
Interviewer	<p>Bon est-ce que cette façon de procéder ça te dérange ou ça te permet de pouvoir progresser?</p>	

Élvine	<p>Je trouve encore une fois que c'est dans la manière. Si c'était fait pour nous guider pour nous Épauler, pour nous soutenir je pense que ça pourrait être positif. Les gens ne se sentent pas soutenus épaulés et jugés. Je ne pense pas que dans ce contexte là c'est positif en tout cas les autres étudiants avec qui on en a parlé au moins 5 personnes avec qui j'ai parlé ils disent</p> <p>je choisis les entrevues ou que ça va bien je n'ai rien apprendre ou je trouve ou j'ai été parfaite pis dans ce contexte on ne peut pas se dire qu'on a bien fait ça ou ça. C'est pas agréable là surtout que on a l'impression que tout ce qu'on fait va être retenu contre nous. Je ne pense pas que les gens arrivent là avec une attitude de qui va leur permettre d'apprendre.</p> <p>Moi j'ai un intérêt pour la communication</p> <p>donc que j'ai essayé parce que c'était avec une psychothérapeute et un médecin ça s'est mal passé. La psychothérapeute j'ai essayé de lui poser des questions pour profiter de ses connaissances. Moi j'ai essayé d'en faire quelque chose de positif je pouvais apprendre mais les premières épisodes ça a été difficile et désagréable. La première que j'ai voulu montrer un patient difficile pis j'ai pleuré je pense que c'est là le superviseur m'a elle a décidé que j'étais une mauvaise résidente pis elle a été tout ça sur mon dos tout le temps en fait d'où l'importance de garder le masque que tout va bien.</p>	<p>Gens pas soutenus</p> <p>Choix d'entrevues où ça va bien</p> <p>Tout va être retenu contre nous</p> <p>Intérêt pour la communication</p> <p>Ça s'est mal passé</p> <p>Épisodes difficiles</p> <p>Importance de garder le masque</p>
Interviewer	Donc ça veut dire que tu enregistres tes vidéos tu choisis celles qui est la meilleure.	
Élvine	<p>Non moi je ne choisis pas celle que je pense être la meilleure parce que moi j'essaie de soutirer un apprentissage à la vidéo</p> <p>moi je choisis ceux où j'ai un questionnement ou je me suis dit il y a quelque chose qui ne marchait pas dans cette entrevue-là moi je n'aime</p>	<p>Soutirage d'un apprentissage à la vidéo</p> <p>Choix où un questionnement</p> <p>Seule à faire ça</p>

	pas ça celui la aidé moi. Je suis la seule à faire ça. Les autres résidentes choisissent la meilleure.	Les autres choisissent la meilleure
Interviewer	Et est-ce que tu penses que lui maintenant le superviseur il arrive il choisit plus tôt à te nuire ou bien à te faire apprendre?	
Élvine	<p>Je ne pense pas qu'il y a aucun superviseur qui pense à nous nuire je pense qu'il y a ceux qui essaient de nous aider et ceux qui s'en foutent et qui font juste qu'appliquer le protocole. Je pense que ceux qui nous font mal sont ceux qui s'en foutent du protocole. Il y a des fois on sent qu'il y a une envie de nous faire apprendre c'est pas tout le temps.</p> <p>Il y a de fois on est sur nos gardes. Il y a ça passe pas tout le temps. Comme je dis l'activité à mon umf il y a une psychothérapeute et un médecin pis avec la médecin j'ai senti que c'est une personne qui ne m'appréciait pas qui me jugeaient beaucoup négativement qui avait un ton de voix très condescendant est-ce que elle était sur de mon apprentissage je n'avais pas cette impression là. Je ne pense pas qu'elle cherchait à me nuire je pense qu'il y avait un mépris derrière. Dans sa fonction de professeur elle disait qu'est-ce qu'elle croyait être bon. Est-ce que je trouvais que ça m'a aidé je ne trouve pas que ça m'a aidé. Par contre l'autre psychothérapeute je pense elle essaie de m'aider. Il y a un effort de sa part pour me faire progresser.</p>	<p>Superviseur pense pas à nuire</p> <p>Ceux qui aident et ceux qui s'en foutent</p> <p>Ton condescendant</p>
Interviewer	Est-ce que tu penses que les superviseurs vous voient comme des futurs rivaux ou bien comme des personnes qui veulent les remplacer?	
Élvine	<p>Je ne pense pas des rivaux au sens où on va les remplacer dans le travail parce qu'il en manque. Le système est fait que ceux qui sont en place ne sont pas menacés par ceux qui arrivent. C'est pas comme une entreprise privée où il y a de la compétition pour monter les échelons.</p> <p>Mais ils peuvent ressentir des rivaux au niveau des connaissances parce que ils n'aiment pas ça se faire remettre en doute. Je pense qu'il y a une compétition là-dessus il y a l'intention moi je pense que j'ai raison eux</p>	<p>Pas de rivaux</p> <p>Manque</p> <p>Compétition au niveau des connaissances</p>

	ils pensent qu'ils ont raison pis je viens questionner leur autorité en disant que je ne suis pas d'accord je trouve ça agressant mais je ne pense pas qu'ils nous voient comme des futurs compétiteurs. Je pense qu'ils n'aiment pas ça ils ont l'habitude nous on sait tout et on fait faire aux gens exactement ce que on veut faire. Et quand il y a un petit niveau qui me dit ce que je dois faire rentre chez toi je sais plus que toi et tu ne vas pas m'enseigner la médecine moi je fais ça depuis 30 ans. C'est plus ça.	
Interviewer	Ils vous apprenaient ce qu'ils savaient ou bien la médecine évolue ce n'est pas ce qu'on faisait il y a 15 ans n'est plus valable aujourd'hui	
Élvine	Le médecin a la responsabilité de se tenir à jour au niveau des connaissances. C'est impossible d'être exactement dans toute l'infinité des connaissances particulièrement en médecine de famille, ils n'ont pas le temps aussi de se tenir au courant. Oui c'est arrivé plusieurs fois qu'ils ont fait des choses que je savais que c'était pertinent fausse mais je n'ai pas le droit de les questionner. Donc je ne peux que juste être d'accord et oublier ce qu'ils m'ont dit.	<p>Tenue à jour impossible</p> <p>Pas le temps</p> <p>Chose fausse</p> <p>Pas le droit de les questionner</p> <p>Peux qu'être d'accord</p>
Interviewer	Bon tu disais que tu es surveillé or pourtant tu es en résidence tu es dans un processus d'autonomisation penses tu que le fait d'être surveillé peut avoir un effet sur ta future profession en termes de travail puisque maintenant là tu vas être médecin tu as toujours été surveillé tu n'as jamais été seul est-ce que tu penses que cela aura un impact sur ton exercice futur?	
Élvine	Je pense que la formation est en général bien faite pour que oui c'est vrai que quand on commence la résidence et qu'on a plus de filet de sécurité et que c'est nous qui portent l'entière responsabilité c'est sûr qu'il y a une marche à passer puis que c'est destabilisant. C'est insécurant mais il y a une grande partie de moi qui est aussi out de me libérer de ce joug de ne jamais pouvoir prendre la décision que je voulais prendre.	<p>Formation bien faite</p> <p>filet de sécurité</p>

	<p>Je pense qu'il y a quand même ils ont essayé de séparer ça en petite marche plus qu'en France puisque ce que je connais de la France est externe ils ne font que suivre puis regarder tandis que nous ils essaient de nous faire de plus en plus de choses.</p> <p>Puis à la résidence aussi ils essaient de nous faire de plus en plus de choses mais à la fin ils ont tout le temps l'air de nous il y a des superviseurs qui ne nous connaissent pas eux ont la responsabilité d'un patient, ils ne connaissent pas notre bagage ce qu'on est bon à faire je comprends qu'ils ont envie de nous surveiller parce que si on fait n'importe quoi je t'il raison de lui faire confiance je t'il raison de lui confier mon patient. à la fin je pense que c'est plus difficile de faire une transition Est entre la fin de la résidence puis le patronat.</p>	<p>Séparation en petite marche</p> <p>France</p> <p>Externes regardent</p> <p>Ils nous font des choses</p> <p>Essai de plus en plus de choses à la résidence</p> <p>Responsabilité d'un patient</p> <p>Connaissent pas notre bagage</p> <p>Envie de nous surveiller</p> <p>Dois-je lui confier le patient?</p> <p>Transition résidence-patronat difficile</p>
Interviewer	-ce que tu as eu à causer avec des médecins qui ont fini et qui te disent que c'est difficile pour eux de pouvoir être	
Élvine	<p>Un petit peu à la fin de ma résidence j'ai senti un petit vertige je me disais bientôt je vais pouvoir prendre des décisions finales. La plupart des gens pensent que c'est un stress.</p> <p>Il y a un système les gens gardent contact avec d'autres personnes qui ont fait de la résidence</p> <p>soit ils demandent conseil à leur collègue c'est rare de travailler à la même place en tant que résident, ils essaient de demander sur place aux résidents avec qui ils travaillaient. Ils vont chercher l'information, ils vont essayer de se rassurer.</p> <p>Il y a un système de mentorat aussi tu peux t'inscrire et dans les 5 prochaines années tu deviens un médecin patron. Tu as un mentor à qui tu peux poser des questions sur la clinique que des problèmes médicaux.</p>	<p>Fin de la résidence</p> <p>Prise des décisions finales</p> <p>Contacts entre résidents</p> <p>Demande sur place</p> <p>Système de mentorat</p>
Interviewer	Est-ce que tu penses que ce système là ça veut dire que pour devenir autonome il faut passer par un apprentissage tu dois toujours être à côté	

	d,un médecin c,était comme si c'était un système de compagnonnage on te prend par la main on t'emmène.	
Élvine	Je pense que ça devrait être plus comme ça. J'ai plus l'impression que ça doit être une série d'examens qu'il faut passer pour prouver qu'on a de la valeur c'est pas comme viens je vais te montrer comment ça se passe. Voici les objectifs que tu avais tu n'a pas réussi ceux là.	Série d'examens à passer
Interviewer	Si on prend une journée de résidence comment est-ce que tu fais pour pouvoir construire ta compétence?	
Élvine	<p>C'est vraiment difficile d'isoler quelque chose c'est vraiment un processus au long cours.</p> <p>Le but de cette résidence moi comment je l'ai compris c'est de nous enseigner comment un médecin pense. Le fait de nous exposer à des superviseurs c'est d'arriver à voir ce qui se pense dans la tête qu'est-ce qu'ils trouvent d'important pour quoi ils font les choix qu'ils font. C'est une méthode de pensée c'est différent pour un chirurgien que pour un médecin interne. Le chirurgien ce qu'il a dans sa tête ce patient là il faut que l'opère ou pas et s'il faut que l'opère quand ce sera ce soir ou dans une semaine. Il s'en fout que la femme du monsieur a un cancer ou n'importe quelle autre affaire. En médecine interne ils recherchent d'autres choses ils fonctionnent pas élimination. C'est pas telle c'est pas telle c'est pas telle. Ils vont chercher beaucoup d'informations. En médecine de famille c'est beaucoup éh éh on travaille sur l'adhérence du patient au traitement est-ce que ce patient va suivre le traitement de quelle façon je peux l'emmené à travailler avec moi. Je pense que c'est ça l'objectif.</p> <p>Comment ça s'articule en une journée c'est pas que l'apprentissage on a d'autres responsabilités quand on est résident il faut faire rouler l'étage il faut faire les tâches qu'on a faire. Mettons qu'à la clinique j'ai un nombre de patients à voir il faut que je les voie et pis par la bande je vais</p>	<p>Processus au long cours</p> <p>But de la résidence</p> <p>Enseigner la méthode de pensée</p> <p>Responsabilités</p> <p>Rouler l'étage</p> <p>Faire des tâches</p>

	<p>essayer d'apprendre. De fois ça arrive que j'ai trop de choses à apprendre.</p> <p>Je peux voir un patient je peux me questionner c'est quoi sa maladie il m'a dit telle affaire est-ce que c'est sur il m'a posé telle question est-ce que c'est ce que je ferais.</p> <p>Le but de la supervision est qu'il faut que je raconte le superviseur me dit est-ce que tu as pensé à telle chose est-ce que tu as questionné telle chose. Est-ce que tu es sur que ce n'est pas autre chose. C'est quoi les examens que tu ferais et puis pour quoi. Tu veux faire une radiographie de l'abdomen pourquoi qu'est-ce que tu cherches pourquoi tu ne proposes pas plutôt ce traitement là et puis on essaie de justifier pourquoi on ferait ça en premier lieu parce qu'on ne pense pas vraiment pas que c'est une thrombophlébite je pense à autre chose. Tel traitement peut être dangereux pour lui. On commence par quelque chose de prudent je pense que c'est surtout comme ça que l'apprentissage est construit.</p> <p>Ils essaient de déconstruire notre mode de pensée par rapport aux problèmes par rapport au traitement.</p>	<p>Visite d'un patient</p> <p>But de la supervision</p> <p>Déconstruire notre mode de pensée</p>
Interviewer	Est-ce que tu arrivais à former tes externes? Est-ce que tu te sentais capable de les former?	
Élvine	<p>Moi j'ai un intérêt personnel pour avoir ça. J'ai eu beaucoup d'introspection beaucoup de réflexion par rapport à mon apprentissage. Les externes que j'ai rencontré.</p> <p>À l'udem on a une journée obligatoire en pédagogie à faire dans les deux premières années de résidence.</p> <p>Ces journées on nous fait réaliser eh les superviseurs que j'avais vu à l'externat nous ont présenté les vidéos de ce qu'il ne fallait pas faire je me disais ça ça ressemble à mon évaluation ha ça tel superviseur qui m'avait fait ça. Ça m'a aidé à me faire valider dans mon inconfort . ce que j'avais vécu on me disait que c'était la faute de l'autre.</p>	<p>Intérêt personnel</p> <p>Les externes</p> <p>Journée obligatoire en pédagogie</p> <p>Vidéos de ce qu'il ne faut pas faire</p>

<p>Pis moi j'avais une sensibilité à ne pas vouloir faire subir ça aux autres pis c'est pas très difficile d'aider un externe ils ne savent rien pis ils n'ont personne pour les questionner je me rappelle les externes ils ont commencé la journée avec leurs feuilles ils étaient perdus pis moi je les ai dit salue moi je m'appelle je suis résidente, je suis à votre disposition posez moi toutes les questions que vous voulez il n'y a pas de questions stupides,. Il y a quelqu'un qui est venu me voir comment est-ce que je fais ça telle affaire j'essaie de leurs dire voici nos objectifs. Il faudrait faire avec tel patient l'as-tu déjà fait.</p> <p>En gynéco il y a eu un accident avec une patiente elle a vraiment perdu sa grossesse pis je lui ai demandé comment tu te sens à l'idée d'annoncer cette mauvaise nouvelle là. J'ai essayé de reviser un peu avec eux c'est quoi la technique. Je ne voulais pas la forcer elle a décidé d'essayer c'était très sous optimal. Et moi je lui ai dit l'important c'était d'essayer elle était anxieuse. il faut continuer à s'exposer et pis on va continuer à s'améliorer. Pis elle m'a dit à la fin du stage ça m'a tellement fait du bien que tu me dises bonjour et que tu me dises que je peux poser n'importe quelle question. J'ai des stages où j'étais perdu ou je me sentais mal j'ai été contente de te rencontrer je me suis vraiment senti bien. C'est ça ça ne prend pas vraiment grand-chose pour qu'ils se sentent mieux. Mon parcours il est loin d'être atypique oui j'ai des particularités personnelles oui je me suis senti constamment jugé et j'ai là tous les externes qui ont des râtes et pis ça sort et c'est la première fois qu'ils viennent en parler pis dire que c'est normal qu'ils se sentent comme ça qu'ils ne sont pas ils n'ont pas besoin de se sentir il y a une autre externe qui est arrivée en retard elle avait une attitude un peu agressive et on savait que son père c'était un médecin un peu célèbre elle était en tension</p> <p>pis j'ai pris le temps d'expliquer les choses pis elle dit oui explique moi encore c'est vraiment rare qu'on prend le temps de m'expliquer les</p>	<p>Pas difficile d'aider les externes</p> <p>Perdus avec leurs feuilles Disposition pour les externes</p> <p>Journée obligatoire de pédagogie pour les résidents Présentation des vidéos qu'il ne faut pas faire Sensibilité à ne pas faire subir ça aux autres Facilité à aider un externe Personne pour questionner les externes Bienveillance envers les étudiants Sentiment de bien-être des étudiants Sentiment de jugement tout le temps chez les résidents Absence de bienveillance dans l'accompagnement des résidents</p> <p>Temps rare pour expliquer les choses</p>
---	---

	<p>choses nana pis de à la fin de la soirée elle a fini par me dire en fait son histoire n'était pas très bonne il y avait bcp de choses à corriger .à la fin elle avait la misère à me dire je suis à la fin de ma première année je devrais être meilleure pis je ne suis pas capable pis là je me trouve tout le temps comparer à mon père, j'ai pris le temps de l'écouter et de lui dire c'est correct de se sentir comme ça rassure toi ça va se replacer tu n'as pas besoin d'être parfaite maintenant. J'ai essayé de lui donner des trucs pour essayer de développer sa pensée. C'est ça que j'aimerais voir plus dans le système médical c-a-d de l'empathie pis de la bienveillance envers les étudiants. On est dans le jugement pis dans l'évaluation tout le temps on est pas bcp dans la bienveillance, dans l'accompagnement.</p>	Jugement tout le temps
Interviewer	Est-ce qu'il t'ai arrivé souvent de consommer des médicaments pour renforcer ton énergie?	
Élvine	<p>Je me suis posé bcp de questions au prédoc parce que j'étais pas bonne j'arrivais pas à fonctionner on avait comme deux cours par semaines pis des taches à faire entre les cours. Je n'ai jamais arrivé à finir à temps pis j'arrivais pas à lire deux phrases j'avais une baisse de concentration. Je me suis questionné est-ce que c'est parce que je suis stressé est-ce que parce que je ne suis pas intelligente. Est-ce que j'ai un trouble ou un déficit d'attention. C'était un mélange de tout. Mais il y a des troubles de comportement dans ma famille et à un certain point au milieu de ma troisième année</p> <p>ma superviseur elle a remarqué que ça marchait pas pis elle m'a conseillé tu n'es pas à niveau je ne pense pas que tu devras passer l'examen parce que tu ne seras jamais prête. Ça m'a vraiment complexé à propos de mes capacités.</p> <p>Pis l'examen final de médecine on a un mois pour se préparer</p>	<p>Beaucoup de questions N'arrivais pas à fonctionner</p> <p>Baisse de concentration</p> <p>Troubles de comportement dans la famille</p> <p>Ça marchait pas</p> <p>Pas prête pour l'examen</p> <p>Examen final de médecine</p>

	<p>pis j'en ai parlé pis tu dois reviser tout ce que tu as vu en 4 ans j'avais l'impression de ne pas bien appris.</p> <p>J,en ai parlé à ma mère</p> <p>pis elle m,a proposé les médicaments de mon frère et pis je les ai pris c,était des psychostimulant et pis ça m'a permis d,étudier, j'avais un plaisir j'ai même redécouvert un plaisir que j'avais à apprendre. J'avais envie de lire pis ça me permettait de lire 10 heurs sans discontinue. Pis de dormir me reveiller le matin pis de lire 10 heures sans discontinu 6 jours sur 7 pdt un mois pis j'étais confiante en arrivant à mon examen de bien faire.</p> <p>Pis j'en ai parlé à mon médecin j'ai fait une évaluation pour voir si j'avais le TDA la conclusion c'est que j'ai des symptômes de TDA légers là. C'est un diagnostic qui est un peu arbitraire qu'on ne comprend pas bien. Je pense que le neuropsychologue a dit ça parce qu'il me trouvait sympathique ça lui faisait un peu pitié mais mon médecin m'a prescrit des médicaments après ça.</p>	<p>Impression de n'avoir pas appris</p> <p>Mère</p> <p>Médicaments de mon frère</p> <p>Psychostimulants</p> <p>Plaisir à étudier</p> <p>Confiante pour l'examen</p> <p>Évaluation du médecin</p> <p>Diagnostic de TDA léger</p> <p>Prescription médicaments</p>
Interviewer	Est-ce que le fait de faire les études est-ce que tu arrivais à les concilier avec les autres facettes de la vie?	
Élvine	Non.	
Interviewer	Comment?	
Élvine	<p>La quantité de choses à faire puis l'énergie mentale que ça prend pour faire ça je n'ai plus l'énergie de faire à manger de dire rentre chez toi tu es trop fatigué pour avoir faim tu es trop anxieux pour dormir.</p> <p>Je n'arrive pas à dormir plus que 5 heures par jour,</p> <p>je n'arrive pas à prendre 3 repas par jour. Je n'arrive pas à faire du sport ça fait des vagues, ça va moins bien.</p>	<p>Plus l'énergie de faire à manger</p> <p>Arrive pas à dormir</p> <p>Arrive pas à prendre trois repas par jours</p> <p>Essai de prendre le contrôle sur mon horaire</p>

	<p>J'essaie de plus me cadrer pour prendre un peu le contrôle avoir un horaire plus structuré pis quand d'autres choses se passe je n'ai pas assez de contrôle.</p> <p>Mais c'est un combat constat d'essayer d'avoir 3 repas par jour. De dormir pis de faire des habitudes externes à la médecine.</p> <p>Ce qui fait que en s'épuisant comme ça après ça on est moins efficace pour travailler, il faut prendre plus de temps.</p>	<p>Combat constat</p> <p>Épuisement</p> <p>Moins efficace pour travailler</p>
Interviewer	Est-ce que ton conjoint ou ton chum ne t'a pas aidé?	
Élvine	<p>Il m'a aidé surtout au niveau du soutien moral. Lui aussi est en médecine lui aussi ne prend pas 3 repas par jour, il ne dort pas. Il est dans un stress considérable. De fois c'est un peu plus conflictuel parce que tu es tout le temps stressé. On essaie quand même de se soutenir à travers ça pis.</p> <p>C'est bien d'avoir quelqu'un qui nous écoute mais c'est difficile de se faire des reproches. La reproche de ne pas assez s'occuper de nous. Moi je dis je ne mange pas 3 fois par jour lui il me dit je ne mange pas 3 fois par jour</p>	<p>Soutien moral du conjoint</p> <p>Conjoint est en médecine</p> <p>Pas trois repas par jour</p> <p>Ne dort pas</p> <p>Stress considérable du conjoint</p> <p>Soutien mutuel</p> <p>Difficulté à se faire des reproches</p>
Interviewer	Et les familles des patients est-ce qu'elles ne t'ont pas dérangé dans tes consultations?	
Élvine	De quelle façon?	
Interviewer	Par exemple la famille arrive elle dit prescrit plutôt ça elle t'appelle elle dit prescrit plutôt l'autre?	
Élvine	<p>Ça fait partie du travail de fois c'est les patients qui font ça aussi. Je veux dire c'est la façon de collaborer c'est un grand défi de combiner entre ce que le patient veut faire et moi je veux faire.</p> <p>J'ai un bagage de connaissances, j'arrive avec un jugement ce qu'il faut être fait mais lui aussi arrive avec un bagage de vie, sa motivation je ne sais pas tout le temps ses propres objectifs qu'il y ait des clashes entre mes objectifs et ceux du patient et ceux de sa famille c'est fréquent.</p>	<p>Grand défi de combiner</p> <p>Clashes avec le patient et sa famille</p>

Interviewer	Bon et si par exemple on te disait quelles sont les clés de la réussite qu'est-ce que tu vas dire?	
Élvine	<p>est-ce que je considère que j'ai réussi je ne sais pas encore de quels moyens j'ai essayé d'utiliser les médicaments m'ont bcp aidés, mon réseau de soutien m'a bcp aidé le fait de pouvoir parler à des gens le fait de pouvoir voir les gens le fait de parler de mon vécu avec d'autres personnes qui vivaient la même chose que moi ça m'a bcp aidé de me senti validé</p> <p>pis le fait de ne pas tenir tête aux superviseurs le fait d'adopter une attitude passive et un peu hypocrite envers le système envers le programme avec le superviseur individuellement. Ça m'a sauvé.</p>	<p>Médicaments</p> <p>Réseau de soutien</p> <p>Attitude passive vis-à-vis des superviseurs</p>
Interviewer	Et s'il fallait conseiller la médecine à une personne quelles devraient être les activités préparatoires à faire?	
Élvine	<p>Les choses que j'ai voulu savoir avant de faire la résidence que c'est un milieu hypocrite qui va te dire de faire quelque chose mais ce n'est pas réellement ça qu'ils veulent que tu fasses. De comprendre vraiment les objectifs réels parfois un peu caché si je les avais su d'avance je pense que ça m'aurait aidé. Quand ils disent prend soin de toi ils ne veulent pas dire ça quand ils disent de faire le sport ils ne veulent pas réellement dire ça pis de savoir que de pouvoir parler de son vécu avec les gens ils essaient de nous parler et de nous dire vous êtes tous les gens qui ont des A+ mais dans le programme ce n'est pas tout le monde qui aura des A+. nous sommes en train de nous dire dans la tête ouais ouais pas moi. Moi je vais passer. C'est exactement ce qui se passe dans notre tête. J'avais tout le temps la facilité à l'école on m'avait tout le temps dit que ça allait être difficile mais je n'ai jamais trouvé ça difficile. Quand on m'a dit que ça va être difficile en médecine j'ai dit pas pour moi et ça m'est rentré dedans. Tu ne peux pas il faut que tu l'expérimentes toi-même.</p>	<p>Résidence</p> <p>Milieu hypocrite</p> <p>Comprendre les objectifs réels</p>

	Je pense que c'est surtout du soutien au courant de la formation pis si t'aime quelque chose d'autre dans la vie ne va pas en médecine.	Soutien au courant de la formation
Interviewer	Bon est-ce que tu t'es impliqué dans les groupes associatifs?	
Élvine	<p>Ça fait partie des choses que j'ai essayé pour aller mieux. Au prédoc j'ai participé à différentes activités ça m'a permis de rencontrer bcp mais ça leur a volé bcp de temps que je n'ai pas pu mettre dans les études. Ça m'a pas aidé à m'organiser.</p> <p>Il y a des choses qui étaient plutôt des échecs. Il est difficile de rajouter d'autres choses quand on fait médecine.</p> <p>Moi j'ai une certaine facilité pour tout ça mais la plupart des gens ils font ces activités par volonté utilitaire parce qu'il y a la compétition envers les autres étudiants. C'est un programme qui est contingenté pis quand il y a des postes quand tout le monde est bon beh ce qui fait la différence c'est j'étais président des associations étudiantes. Il y a comme une course effrénée puis de surenchères de j'ai fait plus de choses que toi de il y a comme une sorte de nécessité de s'impliquer mais on est tellement épuisé que il n'y a pas d'espaces.</p>	<p>Participation à des activités</p> <p>Aide à m'organiser</p> <p>Difficile de rajouter des choses</p> <p>Activités par volonté utilitaire</p> <p>Tellement épuisé</p>
Interviewer	Cette compétition-là nuit à l'apprentissage?	
Élvine	<p>Oui quand tu es en compétition comme ça t'es pas honnête. Tu t'accroches à l'apparence que tout va bien</p> <p>pis moi ça m'a bcp nuit dans le prédoc le fait d'être différente d'être bizarre pour être autant malheureuse alors que les autres étaient performants, j'ai pas bcp d'amis du prédoctorat là j'ai pas gardé bcp de liens c'est vraiment difficile de me connecter avec les gens oui je pense que ça m'a nuit.</p> <p>Peut-être qu'il y a des gens qui vivent bien dans ce genre de compétition là moi ça me sentait extrêmement mal. ça me pousse pas à avancer vers l'objectif</p>	<p>Apparences</p> <p>Ça m'a nuit</p> <p>Pas gardé de liens</p> <p>Compétition</p>
Interviewer	Est-ce que tes parents sont médecins?	

Élvine	Non	
Interviewer	Est-ce que le fait d'avoir des parents médecins peut avoir un impact sur la réussite de ta résidence?	
Élvine	<p>Probablement je pense que ceux qui ont des parents médecins ils ont appris tout jeune à être structuré peut être qu'ils savaient un peu plus à quoi s'attendre</p> <p>pis ils peuvent parler avec leurs parents et leur dire ce qu'ils vivent et les parents leurs comprend. Ça fait deux trois ans je n'ai plus parlé avec mes parents parce qu'ils sont n'ont aucune idée de ce qui se passe dans ce monde de fou là pis eh ils ne sont pas en mesure de comprendre quand j'essaie de leurs expliquer je ne sens pas qu'il y a une communication assez c'est plutôt comme je l'ai dit au niveau du développement</p> <p>il n'y a pas une relation de soutien ils essaient de me soutenir ils me proposent de venir manger chez eux ils me disent les choses mais je ne sens pas qu'ils comprennent ce que je vis. Je pense que ceux qui ont des parents médecins je pense qu'ils comprennent plus mais bon</p> <p>l'autre penchant c'est comme l'autre externe que je faisais référence elle sentait bcp de pression de la part de son père j'ai travaillé avec ce médecin là</p> <p>je ne pense pas qu'il a une très haute estime des gens de médecine de famille lui c'est le grand spécialiste il trouve que c'est devenir demi médecin qu'être médecin de famille quelque chose comme ça. Il ne voudrait pas que sa famille ressemble bcp à un médecin de famille.</p>	<p>Enfants des médecins</p> <p>Appris à être structuré</p> <p>Parlent à leurs parents</p> <p>Pas de communication</p> <p>Pas de relation de soutien</p> <p>Pression sur les enfants des médecins</p> <p>Pas d'estime pour la médecine de famille</p>
Interviewer	Est-ce que tu t'es senti déconsidéré par les médecins spécialistes?	
Élvine	Tout le temps mais pas tous les médecins spécialistes parce qu'on a une sensibilité à et on le ressent vivement dans l'univers médical que ça soit par des commentaires par des attitudes ou des choses qu'ils ne pensent pas qu'on n'entend là quand on est résident il ne me font pas confiance.	Pas de confiance au résident

	<p>Je suis un patient avec un spécialiste disons elle a une embolie pulmonaire cette patiente là le médecin pneumologue il a su que c'est une embolie pulmonaire qui a fait des crises de panique pour cette embolie pulmonaire je l'évalue puis je commence un traitement quelque, un qui a une embolie pulmonaire il y a une série de textes à faire il faut le spécialiste pour s'en occuper. Son spécialiste l'a référer en psychiatrie la psychiatrie lui a dit qu'elle faisait des troubles de panique puisque le traitement qui était débuté était bien pis elle l'a suivi. Je me suis senti invalidé, j'avais un diagnostic un plan de traitement le pneumologue ne m'a pas assez fait confiance qu'il a référé à un autre spécialiste parce que le spécialiste de la psychiatrie va mieux prendre en charge mais moi je ne pouvais pas.</p> <p>C'est par des petits trucs comme ça ou à l'externat il y avait un urgentologue qui était fâché parce qu'on lui transféré un patient qui était en psy dans un autre hôpital pis le psychiatre a dit moi je ne parle pas à l'urgentologue. Je veux parler à un autre psychiatre. Beh va voir votre psychiatre je veux parler à votre psychiatre. C'est des petites affaires comme ça interspécialités je dirais je dirais c'est une attitude que je trouve bizarrement dévalorisant qui fait qu'on nous manque de valeur. Il y a une autre résidente qui est en médecine interne pis ces deux parents sont médecins son père lui dit ne fait pas la médecine interne ou générale ce ne sont pas des vrais médecins, à ce niveau tu pourrais être médecin de famille. Deviens néphrologue deviens.</p>	<p>Senti invalidé</p> <p>Dévalorisation interspécialités</p>
Interviewer	Et comment tu t'es senti à ce moment-là?	
Élvine	<p>Mais c'est quand même assez récent je savais déjà très bien que ce phénomène là existait. Dans ce contexte là j'étais plus pauvre toi à mon ami là puisque son père qui lui dit ça puis elle a honte d'aller faire la médecine générale considéré par son père qui n'est pas la vraie médecine. Ses deux parents sont médecins</p>	Honte d'aller faire la médecine générale

	<p>pis les deux sont surspécialistes. C'était comme si elle n'a pas le droit d'être médecin de famille parce que c'est plus bas dans l'échelle ou même en étant généraliste c'est plus bas. On l'entend partout.</p> <p>C'est frustrant c'est ce genre de choses qui faisait que je ne voulais pas aller en médecine de famille.</p> <p>Comme je l'ai dit au début c'est important pour moi d'être valorisé dans ce que je fais pis les sept années que j'ai passées à galérer ça vaut rien. Je n'avais pas envie de vivre ça mais là mais être accepté par d'autres programmes que médecin de famille</p>	<p>Médecin de famille c'est bas dans l'échelle</p> <p>C'est frustrant</p> <p>Important d'être valorisé</p> <p>Envie d'être accepté par d'autres programmes</p>
Interviewer	Si maintenant on te demandait est-ce que être médecin c'est être accompli qu'est-ce que tu vas dire?	
Élvine	<p>Parce que être accompli c'est plus dans le processus que dans être dans l'objectif là. Il y a des médecins que je ne trouve pas accompli il y en a d'autres qui doivent être accompli. Moi je ne me sens pas accompli peut-être parce que j'ai la vision idéale de ce que ça devait être accompli mais j'ai tellement fait des sacrifices que je regrette je ne suis pas accompli il y a des choses que je pense que j'ai accompli j'ai eu une progression</p> <p>je suis fière de où je me suis rendu par rapport à ce point là il y a d'autres choses que je regrette aussi.</p>	<p>Ne me sens pas accompli</p> <p>Regret d'avoir fait trop de sacrifices</p> <p>Fière de où je me suis rendu</p>
Interviewer	Est-ce que tu penses que les difficultés sur le plan par exemple santé que tu as eu est-ce que ça vient de l'externat ou bien ça vient de la résidence?	
Élvine	<p>Ça commence dès le premier jour des études en médecine. Je pense que là où on tombe c'est à différents moments du parcours. Moi en résidence ça a été moins pire que l'externat.</p> <p>Je suis plus tombé à l'externat et puis à la résidence j'étais un peu plus soumis. Ça dépend des opportunités de comment on vit les choses du cheminement personnel</p>	<p>Résidence moins pire que l'externat</p> <p>Tombé à l'externat</p> <p>Soumission à la résidence</p>

	par rapport à ça mais ça allait pas bien dès le premier jour des études en médecine.	Ça allait pas bien dès le premier jour des études en médecine.
Interviewer	Est-ce que tu as une nouvelle question à apporter par rapport à l'amélioration des études médicales ici au québec?	
Élvine	J'ai l'impression après autant d'années de comprendre bien le système de le sentir très rigide il faut que j'arrive à vivre avec.	Rigidité du système
Interviewer	Est-ce que je peux t'envoyer le rapport final pour commentaires?	
Élvine	Je veux bien mais ce qui est important c'est que il n'y a pas moyen qu'on me reconnaisse.	

ANNEXE V
ENTREVUE RÉALISÉE AUPRÈS D'EVA

Tableau 25

Qui parle?	Extraits	Catégories
Interviewer		
Mère	<p>Les grandes plaintes principales sont les mêmes. Trop de travail, pas assez de temps pas assez pour lui-même. Il y a un peu les mêmes plaintes des internes au canada qu,ici.</p> <p>Ce sont les plaintes du monde occidental.</p> <p>C,est-à-dire à cause de l,informatique de l'administratif touchant tous les professionnels trop de travail. Il faudra développer certaines professions intermédiaires. Par exemple nous en France on aimerait que les infirmières fassent certaines tâches de médecins. Et qu'il y ai d'autres professionnels qui fassent le travail de l'infirmier aussi. La pauvre infirmière ne pourra pas faire tout seul. Ça serait l'une des solutions possibles. Je ne sais c'est l,une des solutions qu'il faut proposer</p>	<p>Surcharge cognitive</p> <p>Nécessité de développer des professions intermédiaires</p>
Interviewer	C'est comme celle que j'ai interrogé dans le monde, elle dit nous pleurons pourquoi parce que on n,a pas le temps	
Mère	Le temps d'abord, la reconnaissance. Les internes sont épuisés.	
Interviewer	L'interne se débrouille. Elle demande comment on fait?	

Mère	<p>C'est aussi des choses qu'on faisait il y a trente ans. Nous les internes quand on ne savait pas on demandait aux infirmières. Les infirmières souvent elles ont un bon contact un bon contact que les médecins et elles nous aident beaucoup plus.</p> <p>Il y a beaucoup plus de solidarité chez les infirmières que chez les médecins. C'est aussi un gros problème chez les médecins. Il n'y a pas de solidarité. Les médecins se tapent dans les pâtes les uns les autres. En plus c'est compliqué, c'est bien de mettre en place ce qui ne va pas. Qu'est-ce qui ne va pas.</p> <p>La souffrance vient de quoi des émotions désagréables, des pensées désagréables qui sont liées à des conditions de travail difficiles.</p> <p>Et donc pouvoir défaire tout ça c'est compliqué.</p> <p>Chez nous on a une composante particulière des femmes médecins internes femmes, pour les femmes est-ce que c'est plus dur. Je ne sais pas mais il y a quand même une composante particulière liée au travail de la femme.</p>	<p>Collaboration infirmière/interne</p> <p>Conflit entre les médecins</p> <p>Souffrance au travail liée aux conditions de travail difficiles</p> <p>Difficulté de l'internat accentuée chez les étudiantes</p>
Interviewer	Ce qu'elle m'a dit elle voit de plus en plus de femmes pleurer que d'hommes	

Mère	Voilà les femmes expriment de plus en plus leurs émotions désagréables. Les hommes font autre chose. Ils vont boire, ils vont boire du cannabis. Ils vont prendre des drogues etc. ils vont prendre autre chose. Chacun exprime sa souffrance en fonction de sa nature. Il ya aussi une part il y a l'expression du travail des femmes comme interne.	Expression de la souffrance de l'interne en fonction de sa nature
Interviewer	Ce qui est intéressant. Ce que celle de mardi elle dit je veux te voir. Je veux parler.	
Mère	Elle a quelque chose à dire. Elle dit je veux parler.	
Mère	Le véritable problème c'est trop de présence sur le temps du travail. La surcharge horaire. Ils ont le travail en service, les gardes avec les jours fériés. Et vraiment c'est le point premier que les gens disent vraiment trop d'heures de travail. Pas assez de temps de récupération. En fait si on fait la liste des besoins fondamentaux, ça c'est le besoin de repos et de calme. Si on a pas de repos on ne peut pas tenir. Après dans les autres problèmes il y a celui de reconnaissance effectivement qui est très fort. Ils trouvent qu'ils ne sont pas reconnus. On ne les écoute pas on ne fait attention à ce qu'ils pensent, à ce qu'ils disent. C'est pourquoi ils ne peuvent pas s'exprimer parce que les	Surcharge cognitive des internes Déconsidération des internes par les séniors Apprentissage par la souffrance

	<p>supérieurs hiérarchiques passent le temps à les écraser.</p> <p>En France dans nos formations c'est beaucoup la formation à la maltraitance. On considère que si vous avez bavé si vous avez souffert c'est mieux. Vous allez mieux apprendre. Vous allez apprendre en souffrant. Alors que dans le monde éducatif pour les jeunes enfants on dit non il faut de la bienveillance pour apprendre. Mais en France c'est pas du tout bien vu. Ça commence maintenant pour les petits enfants mais pour les collèges lycées et universités on apprend en souffrant. Donc là c'est un principe de base qui est très gênant. Et du coup il est véhiculé par tout. Donc il y a l'apprentissage par la souffrance. Il y a un besoin de reconnaissance de l'interne qui est car même très fort.</p> <p>Après je vais dire dans les besoins qu'il peut y avoir il y a car même les besoins physiologiques donc manger avoir les heures de repas classiques, pouvoir boire.</p> <p>J'en parlais quelques jours avec une fille c'était une infirmière ça revient au même. La fille me dit je n'ai même pas le temps d'aller boire. J'ai</p>	<p>Sous alimentation</p> <p>Pyélonéphrite liée au défaut de satisfaire le besoin de boire</p> <p>Sous alimentation et sommeil perturbé par la surcharge cognitive</p> <p>Agitation liée aux distracteurs professionnels</p>
--	---	---

	<p>fait une pyélonéphrite, c'est une infection des reins.</p> <p>Les repas elle me disait je n'ai pas beaucoup de temps d'aller manger de façon régulière. Ça me pose aussi problème. Le problème de dormir. Comme ils font trop de travail. Et bien oui le sommeil est très perturbé en plus quand on est de garde pour dormir c'est très compliqué. Et bien ça ce sont les premiers besoins qui me viennent.</p> <p>Besoin de calme, très souvent ils disent agités en permanence par exemple l'exemple que vous disait tout à l'heure plusieurs informations me sont venues en même temps il faut que je remplisse le dossier, il faut que je réponde à l'aide soignante, il faut que je voye avec la famille et puis le patient qui était là. On a trop de stimulation, on a un besoin de calme très fort très fort. Ce sont les premiers besoins qui me viennent là comme cela.</p> <p>Les problèmes ce sont limiter le temps de présence sur le lieu de travail. Le temps de présence est beaucoup trop long à tel point quand ils veulent prendre des vacances c'est tout un bazar. Rapport travail santé.</p>	<p>Temps de présence trop long</p> <p>Heures d'abstentions</p>
--	---	--

	<p>Dès qu'ils sont malades c'est extrêmement compliqué. Ils n'ont pas le droit de dire pratiquement qu'ils sont malades parce que c'est mal vu s'ils n'assument pas leur travail qui va le faire à leur place. On leur fait comprendre que ce sont les heures d'abstentions s'ils ne sont pas là. Donc ils se sentent indispensables. Ils ne s'autorisent même plus à dire qu'ils sont malades. Ils ont tendance à prendre de trop pour aller consulter.</p>	
Interviewer	<p>Comment cela se passe quand il va en vacance?</p>	
Mère	<p>Alors ça c'est une bonne question. Je ne saurais pas totalement répondre en totalité. Il me semble que ce sont ces collègues qui sont présent et qui ne sont pas en vacances qui font son travail à sa place. Qui se partagent le travail pour faire le travail de celui qui est parti en vacances. Du coup qu'est-ce qui se passe ceux qui restent ont une surcharge de travail de ceux qui sont partis en vacances. Et du coup que se passe-t-il comment les autres jugent cela. Et du coup on a du mal à prendre les vacances parce que cela gêne les autres. Cela va entraîner une émotion de désagrément de colère.</p>	<p>Émotion de désagrément de colère liée au remplacement du collègue en vacance</p> <p>Émotion de désagrément de colère liée au remplacement du collègue malade</p>

	<p>Pareil pour la maladie. Quand un médecin est malade c'est les autres qui doivent le remplacer. Et du coup qu'est-ce qui se passe les gens disent si je suis malade cela va faire trop de travail pour les autres. Ils ne vont pas être contents quand je vais revenir, cela va faire des problèmes. Ils vont faire des remarques désagréables donc c'est pourquoi aussi ils n'osent plus dire qu'ils sont malades. Ils attendent ils attendent et quand ils sont malades c'est encore plus important.</p>	
Interviewer	<p>Et par rapport à la prise en charge des internes. Quand le superviseur de l'interne X quand il va en vacance qui remplace ce superviseur là c'est toujours un autre</p>	
Mère	<p>La notion que j'ai. C'est qu'il y a certains médecins qui sont responsables pour l'interne. Ce médecin ne s'occupe pratiquement jamais de l'interne. L'interne se débrouille pratiquement tout seul. Le sénior on appelle ça le sénior les séniors sont tous surchargés de travail. Donc cette fonction d'aider les internes n'est pas du tout assumée. Ma fille me disait je suis toute seule, pratiquement toute seule personne pour m'aider. Cette fonction officielle de l'interne n'est pas réalisée. Ça répond au besoin de l'interne de ne pas être tout seul. D'être en sécurité. Ils n'ont pas ce besoin de sécurité. Parce qu'ils n'ont personne</p>	<p>Solitude de l'interne liée à la surcharge cognitive du professeur</p>

	<p>pour les aider.et ça c'est pareil, la solitude de l'interne. Et nous à notre époque c'était déjà présent. Et je vois que cela s'est accentué.</p> <p>Pourquoi parce que les médecins sont surchargés. Ils n'ont plus le temps de faire ce travail. Alors qu'on leur dit qu'ils doivent le faire. Ils doivent prendre plus de temps qu'avant.</p> <p>En réalité c'est l'inverse il y a beaucoup d'hypocrisie entre ce qu'on dit qu'on fait et ce qu'on fait. On fait croire qu'on fait ça et ça mais en fait on ne fait pas. Mais ça se dit pas.</p> <p>Mais là aussi l'interne doit se taire il ne doit pas dire mon senior ne m'a pas aidé. Et non il faut faire croire que le senior est là qu'il fait son travail. Et donc tout ça c'est un système il faut se taire. Ou la parole est étouffée. L'interne n'a surtout le droit de dire ça. Il doit souffrir.</p> <p>Et même si il avait l'esprit critique il doit il sera broyé les gens qui ont l'esprit critique sont mal vus. Très mal vu il faut qu'il se taise.</p> <p>La difficulté qu'on a c'est valable pour tous les médecins c'est valable pour tous les internes c'est le souci de vouloir bien faire. On voudrait toujours que notre travail soit bien fait qu'on arrive toujours à c'est compliqué</p>	<p>Hypocrisie des seniors</p> <p>Muselage de l'interne</p> <p>Obligation au travail bien fait</p> <p>Stress lié à la peur du médico-légal</p>
--	--	---

	<p>d'accepter que notre travail ne soit pas bien réalisé. Et bon cela a été toujours de toutes les générations.</p> <p>Et bon aujourd'hui c'est compliqué les professionnels de santé ont un double message d'un côté on leur dit vous ne pouvez pas tout faire vous ne pouvez pas être performant de l'autre côté et c'est le cas particulier des internes et des médecins nous avons une responsabilité médico-légal que nous n'avions pas avant. Concrètement si nous faisons une erreur nous pouvons passer au tribunal. Aux états-unis au canada vous le savez et en France beaucoup plus. Et nous ça commence à arriver, les médecins ont très peur du médico-légal. Ils ont peur d'aller au tribunal et d'être condamné. Et donc comment ils peuvent gérer les deux informations, c'est normal vous ne pouvez pas faire les choses très bien et en même temps en tant que médecin si je ne les fais pas bien je peux passer au tribunal. c'est compliqué comment assimiler les deux dans mon cerveau. C'est aussi preuve de beaucoup de souffrance pour les internes. Parce que si l'interne n'est pas en première ligne par rapport au médecin sénior il faut savoir qu'aujourd'hui un interne peut car même être envoyé au tribunal et même condamné. Je</p>	
--	---	--

	crois qu'il y a eu de rares cas d'internes qui ont été condamnés. C'est nouveau on avait jamais vu ça avant. C'est à vérifier mais je crois.	
Interviewer	Mais pourtant l'interne est sous la responsabilité d'un sénior.	
Mère	Oui.	
Interviewer	Quand il prend des décisions c'est le sénior qui endosse.	
Mère	C'est pourquoi je dis ça. Parce qu'il y a eu un ou deux cas d'internes qui ont fait des conneries ça s'est mal passé ils sont passés au tribunal et ils ont été condamnés. Et moi j'avais dit à l'époque comment cela se fait-il qu'il soit condamné puisqu'il y a un médecin sénior. Voila ça corrobore avec ce que je disais tout à l'heure le médecin n'assume finalement rien puisque soit ils ne sont pas là soit ils sont surchargé. L'intene se retrouve maintenant de plus en plus seul. Et c'est quelque chose qui n'est pas dit et donc les internes prennent assez vite conscience et qui est pour eux source de beaucoup de souffrance. Ils ont peur. Il y a beaucoup d'émotions, la peur. L'interne parmi les émotions désagréables qu'il a la peur la colère la tristesse la honte ou la culpabilité s'il y a eu avec laquelle il vit tous les jours c'est la peur.	Peur liée à la solitude de l'interne
Interviewer	Avec toutes ces difficultés, comment l'interviewer réussit à se former?	

	<p>m,a dit c,est super pratique par rapport à avant.</p> <p>Elle m,a dit j,ai tout pour les médciaments, pour les examens complémentaires quand je ne sais pas je vais regarder sur mon smartphone. Ils ont des sites internet qui sont des bons sites que n,ont pas le grand public et là ils ont la référence. Ils essaient de retrouver ce qu'ils ont appris dans leur cours et ça va confronter ce qu'ils avaient ou non appris. Après ils vont faire le choix avec un examen complémentaire pour faire le diagnostic. Ils vont choisir un traitement.</p>	
Interviewer	Parce que au Québec les médecins très souvent ont des blocs notes et sur ces blocs notes il y a déjà des cours	
Mère	Moi j,avais ça quand j'étais jeune il y a 30 ans. J,avais de petits bouquins, je mettais dans ma poche. Maintenant ils ont tous le smartphone.	Formation assistée par le smartphone
Mère	Ces pratiques qu'on appris de droite à gauche est-ce que c,est finalement bien ça. Et quels dégats cela fait aussi. Parce que cela fait des degats sur l,etre humain eet sur son psychique. Est-ce que ces degats n,interviennent pas sur la qualité des soins que les gens font après.	Effectivité des apprentissages informels
	On préfère qu'il n'y est plus de cours magistraux et qu'il ny a que des cas cliniques. Il y a des profs qui acceptent ils donnent des polypes aux étudiants avant le cours, ils font	Apprentissage par cas cliniques

	<p>des cas cliniques ensemble. Alors là c'est très intéressant. Ils veulent supprimer des cours magistraux à l'externat, ils veulent faire que des cas cliniques. Mais il vaudra que les enseignants changent toutes leurs méthodes après.</p>	
--	--	--

ANNEXE W

**ENTREVUE RÉALISÉE AUPRÈS DE CHIARA, DE L'INFIRMIÈRE ET DE
L'ÉTUDIANT EN 4^E ANNÉE MÉDECINE**

Tableau 27

Qui parle?	Extraits	Catégories
Jean-Yves Robin	Il faudrait que vous sachiez qui je suis. En fait, je connais Rene Brunet depuis un certain temps puisque j'étais président dans son jury de thèse.	
Chiara	Oui d'accord	
Jean-Yves Robin	C'est comme cela que je l'ai connu. C'est à cette occasion d'ailleurs que j'ai rencontré Yves Roquelaure. Eheee! Donc moi je suis enseignant chercheur. Je suis prof à l'Université Catholique de l'Ouest. Eheee! Dans le cadre d'une convention de cotutelle eheee! François Xavier m'a sollicité pour que je sois son directeur de thèse. Son co-directeur de thèse puisqu'il y a un correspondant québécois Philippe Maubant eheee! Au départ c'était pas trop clair ce qu'il voulait faire. C'est comme toujours comme cela.	
Chiara	Oui	
Jean-Yves Robin	Quand on démarre eheee! Alors j'ai dit oui au regard de la qualité de tes écrits que tu nous avais adressé eheee! Parce que franc....je dis ça franchement. Je te l'ai dit et je ne veux pas te le cacher. François est très doué sur le plan de l'écrit. Il écrit très bien. Mais oralement c'est plus compliqué. Tu vas mener les entretiens auprès de quelques résidents, quelques internes que je souhaite eheee! (Raclement de la gorge) heureusement tu as des qualités d'écoute impeccables. Mois ça m'intéresse	

	d'autant plus que j'ai été pendant toute une période chercheur au CNAM eheee! Dans ce contexte j'ai un peu rencontré toutes les sensibilités Dejours et Compagnies eheee! Mais moi j'étais dans le laboratoire de sciences de l'éducation puisque je suis psychosociologue au départ. puis en plus j'ai bifurqué vers les sciences de l'éducation. Mes travaux portent sur les cadres et les dirigeants.	
Chiara	D'accord.	
Jean-Yves Robin	Eheee! Sur leurs parcours professionnels eheee! Sur ce qu'ils fabriquent etc. et pour la petite histoire j'en ai parlé à René et je vous en parle puisque cela pourrait vous intéresser eheee! Je souhaite d'ailleurs impliquer un peu René dans cette affaire. J'ai été sollicité il y a un an et demi à peu près pour eheee! Faire une conférence sur une thématique assez bateau du type santé au travail, santé des organisations parce qu'on appelle chez nous eheee! La Direction diocésaine si vous voulez. C'est un rectorat bis qui gère l'ensemble des établissements catholiques. Ce qui représente 50% de la population scolarisée ici dans les pays de la Loire.	
Chiara	Mes enfants sont scolarisés dans les établissements catholiques.	
Jean-Yves Robin	Eheee! Ils disent Jean-Yves Robin on a entendu à tel endroit, il serait intéressant que tu fasses un topo là-dessus, que tu fasses une petite conférence en séminaires résidentiels auprès de nos chefs d'établissements. J'ai dit beh pour quoi pas. Vous savez ça ne sert à rien. Vous savez la conférence n'a jamais	

	<p>donné d'effets. C'est prouvé depuis des années 30 en psychologie sociale. Toute conférence c'est très bien. C'est très intéressant, après on retourne faire nos, on vaque à nos occupations quotidiennes. Mais par contre vu la thématique que vous proposez, ce n'est pas neutre, c'était pour me dire que les chefs d'établissements craquaient quand même hein! Bon ceux du second degré et un peu du premier degré et beh donc ces questions de santé au travail m'intéressent d'autant plus que on va être sur ce chantier qui va être fortement marqué par ça avec un lancement de groupe et séminaires d'analyse de pratique, d'une activité sur trois ans, quatre ans même qui sont programmées déjà et qui vont associer 6 chefs d'établissements et 2 chercheurs dans chaque groupe. 60% des chefs d'établissement se sont inscrits à ces groupes.</p>	
Chiara	D'accord	
Jean-Yves Robin	<p>De tout le diocèse avec une méthodologie mise en place qui est très interactive et très collaborative. Voilà j'ai dit d'ailleurs à René Brunet que je souhaitais qu'il investisse un de ces groupes s'il le pouvait. J'espère qu'il va pouvoir le faire et il y a un colloque à la clé d'ici quatre ans sur l'activité des chefs d'établissements. C'est en lien avec un peu ce que notre cher François Xavier porte.</p>	
Chiara	<p>C'est bien aussi avec ce qu'on développe, ce qu'on travaille dans le laboratoire. Je sais pas si vous connaissez le laboratoire. Vous connaissez Yves</p>	

	Roquelaure, René Brunet. Vous connaissez peut-être notre laboratoire de recherche.	
Jean-Yves Robin	Je suis venu une fois ici puisqu'on m'avait demandé de venir faire un topo.	
Chiara	D'accord	
Jean-Yves Robin	Il y avait d'ailleurs Yves Roquelaure qui était là ce jour là.	
Chiara	D'accord, c'était un jeudi soir peut être.	
Jean-Yves Robin	C'était un après midi. Je crois cela avait duré toute la journée. Ça devait être au deuxième étage. Je sais plus ou enfin il y a longtemps, il y a longtemps 5, 6 ans 7, 8 ans je sais plus quoi.	
Chiara	Maintenant notre laboratoire qui s'appelait LEST avant s'appelle ESTER maintenant pour Équipe de Santé au Travail et Ergonomie. C'était le Laboratoire d'Épidémiologie et d'Ergonomie et Santé au Travail (LEST), maintenant c'est devenu ESTER. Et dans ESTER on a plusieurs thématiques de recherche. bien sûr en laboratoire, on travaille sur des pathologies de surcharge. C'est le gros thème du laboratoire. Les pathologies de surcharge bien sur les troubles musculosquelettiques mais aussi les risques psychosociaux. Et après d'autres thématiques c'est le cancer. Ce n'est pas notre laboratoire qui travaille là-dessus. C'est plutôt les laboratoires rennais, parisiens et puis en Guadeloupe. Nous dans notre laboratoire enfin, moi je suis plutôt comme je disais spécialisé dans les troubles musculosquelettiques parce que je suis rhumatologue initialement. Ma formation initiale c'est	

	ça. Mais à force de travailler sur les TMS, voir des patients, faire des consultations pluridisciplinaires avec des psychologues. Évidemment je suis devenu très familière avec les risques psycho-sociaux, les problèmes de santé psychique au travail. Bon forcément je me suis de plus en plus intéressé. Mais j'ai jamais écrit un papier là-dessus. Je lis, voilà, je me tiens au courant. Voilà c'est ma pratique. Et puis les internes je m'en occupe beaucoup. C'est moi qui m'occupe des internes. J'ai cette commission-là. Je suis très intéressé pour collaborer avec vous sur ce champ et sur d'autres collaborations après à une autre échelle avec René. On s'entend très bien avec René.	
Jean-Yves Robin	Ce que j'ai dit à René, ce que bien le chantier sur les chefs d'établissements démarre mais ce qui serait intéressant. Bon François Xavier est étudiant canadien. Il n'en donne pas l'air mais il vient du Cameroun.	
François Xavier	Je suis camerounais d'origine. Mais je suis camerounais. Oui.	
Chiara	Vous êtes où au Canada?	
François Xavier	Je suis dans la Rive Sud de Montréal. Donc je suis à 10 mn de Montréal à Longueuil.	
Chiara	D'accord. J'ai habité à Montréal. Je connais bon on travaillait avec les équipes de Sherbrooke, Marie Josée Durand. Corinne Dano pourrait aussi être intéressé.	
Jean-Yves Robin	Donc tu pars en terrain connu.	
Chiara	On a continué à tisser des relations avec l'UQUAM et Sherbrooke	
Jean-Yves Robin	Et ton épouse est infirmière	

François Xavier	Oui	
Jean-Yves Robin	Il a commencé son Master sur les internes du Cameroun	
François Xavier	<p>Au Cameroun, j'ai travaillé sur le retour en spécialisation des médecins camerounais. C'est-à-dire qu'est-ce qui les motive à rentrer en formation pour devenir spécialiste. Donc j'ai travaillé dans un travail qui a duré 6 mois. Et enfin de compte quels ont été les résultats. C'était beaucoup plus des raisons économiques et aussi moins des raisons professionnelles. Parce que j'ai interrogé 43 médecins. Quand j'ai analysé les données, ce qui a fusé et ce qui m'a amené à pouvoir m'intéresser à cette thématique c'était beaucoup plus le fait qu'il y a un étudiant qui me dit nous sommes les bouche trous des médecins séniors. S'il est bouche trou cela veut dire que le médecin n'est pas là mais comment il se forme puisque c'est le médecin qui doit le former. Bon j'ai creusé. Arrivé au Québec, je constate que les résidents sont presque considérés comme les esclaves des séniors. Bon en France bien en lisant les documents de Grichy et Delanoy (2013), il dit on connaît au moins un interne qui s'est suicidé en Ile de France, il faudrait agir. Donc si les internes se suicident cela veut dire qu'il y a un problème à la base. Bon quel est le problème. C'est pour cela que je me suis investi dans cette recherche.</p>	
Jean-Yves Robin	<p>Bon cela dit son travail est déjà plus avancé que ce que tu en dit là. Comment devrais-je, ce qui intéresse François Xavier c'est d'essayer de comprendre quelles sont en définitive les processus que mobilisent les</p>	

internes pour faire face en sachant que certains processus peuvent être performants et que d'autres relativement contre performants. Donc que il fonctionne un peu au mélange mais un mélange qui est tout à fait recevable de mon point de vue même si on peut discuter certains points théoriques. Il fonctionne dans le mélange en ce sens que il a à la fois une manière à la fois fait référence à aux travaux de Dejours avec quand même l'hypothèse que il y a une idéologie défensive du métier chez les internes et les médecins aussi qui est quand même présent chez certains qui peut donner l'apparence qu'on tient et en définitive si on regarde les choses de plus près je ne suis pas sûr qu'on tienne vraiment. Bon qu'on tienne longtemps ou qu'on tienne absolument. Et puis il y a une vision un peu optimiste entre guillemets en sciences sociales qui est de dire que il est possible de développer des savoirs offensifs pas de savoirs de résistance mais des savoirs offensifs de ripostes offensifs à travers notamment des espaces temps de discussion, la fonction éventuelle d'un mentor. Il y a toute une équipe qui a travaillé là-dessus au Canada avec Renée Houde, la fonction du mentorat comme passeur. Donc il y a toutes ces hypothèses là en fait. François Xavier travaille sur la dimension, nous sommes du côté de la formation, en fait comment les individus passent-ils pour se former. François Xavier tel que je l'entends est du côté de la dimension informelle de la formation. Donc ce n'est pas le curriculum académique qui nous intéresse. Je m'en moque, non pas

	<p>que ce n'est pas intéressant mais. Le problème ce n'est pas ça, c'est ce qui se passe dans les services. Ce qui se passe dans ces espaces clandestins et qui ou essaye de mettre un peu de clarté dans tout cela. Qu'on mette la lumière autour de ça. Comment se fait-il que certains réussissent passent quand même le Rubicon et que d'autres coulent. Alors qu'est-ce qu'il fait qu'ils veulent il ne faut pas que ce soit une thèse qu'on ne regarde que les bouteilles à moitié vides, mais il faut aussi regarder les bouteilles à moitié pleine. Mais en même temps, c'est quand même intéressant de mettre en comparaison eheee ces deux catégories de population. Encore que je ne suis pas sûr que ceux qui donnent l'apparence de tenir</p>	
Chiara	<p>Comment vous définissez un interne qui va bien et un interne qui va mal. C'est difficile par ce que même ceux qui comme vous dites donnent l'apparence d'aller bien, oui au final ils ont terminé leur internat, ils sont en dépression et en tentation de suicide. Ils ont fait stages après stages et après sont-ils pour autant épanouis dans leur métier, ont-ils l'impression de faire le métier qu'ils espéraient faire, dans les conditions qu'ils espéraient. Ça j'en suis beaucoup moins sûr.</p> <p>Bon après il y a aussi toute une catégorie d'internes qui va franchement bien, qui sont épanouis, qui adorent ce qu'ils font. Je pense que la limite, elle n'est pas tout à fait, il est forcément incontinuable, mais le comptage, il</p>	<p>Identité réglementaire (chez les médecins en exercice)</p> <p>Épanouissement professionnel</p>

	va être difficile à poser pour ces internes-là ceux qui vont très bien.	ressenti par les internes
François Xavier	Dans une bonne partie de mon travail, j'ai évoqué la notion de curriculum caché. Pour Mahood, elle est professeur de médecine familiale. Normalement le curriculum caché est ce qui vient au-dessus de la formation formelle.	
Chiara	Moi je ne connais pas cette notion de curriculum caché. C'est ce que vous disiez de l'apprentissage informel.	
Jean-Yves Robin	C'est le régime nocturne de la formation pour reprendre la notion de Gaston pineau. C'est une vraie question que pose là Mme Petit eheee je crois que de toute façon les gens ne vont avec une pancarte et disent je suis en souffrance, je ne suis pas en souffrance. Il s'agit de prendre tous azimuts parce que du point de vue théorique on peut justifier cela parce que c'est inhérent au travail la souffrance. C'est une tautologie. Par conséquent eheee même ceux qui disent que c'est too much, je reste moi aussi persuadé que ce n'est pas aussi simple que cela. C'est intéressant d'avoir des entretiens approfondis. C'est pour cela que je disais dans mon courriel au moins une heure, une heure et demi pour que les gens commencent à se lâcher parce qu'à un moment donné même ceux qui paraissent. Dans la relation de départ, il y a toujours les affaires sociales pour dire qu'on tient que....	

Chiara	<p>Je pense que ça rejoint les thématiques que vous voulez aborder pour l'équipe. Je crois que quand on fait un internat de médecine. Si on a l'impression de très bien réussir, on a aussi fait des sacrifices par rapport à des choses. Il y a des choses qu'on a pas pu faire à cause de ça et c'est peut-être aussi ça qui a interrogé le bien être.</p> <p>Ce n'est pas tout juste avoir réussi à obtenir la mention ou la thèse. C'est aussi de voir comment il gère l'équilibre. Ceux qui donnent l'impression d'aller très bien. Comment ils gèrent leur équilibre. Au final comment ils se sentent. Sont-ils satisfaits de ça? Ils sont très bien au travail mais après, sont-ils globalement très bien dans leur vie.</p>	<p>Abnégation de soi (des internes)</p> <p>gestion de l'équilibre en soi (des internes)</p>
Jean-Yves Robin	C'est un versant important c'est-à-dire le volet familial.	
Chiara	<p>En médecine, parce que la médecine c'est un peu plus moins vrai. Tout à l'heure je voudrais qu'on prenne un moment pour qu'on puisse, si vous le savez pas, un petit rappel sur dans l'évolution de l'internat. Je pense que si vous le savez pas ça je pense que c'est important. La médecine d'une manière générale c'est quand même très chronophage des études. On doit rester à l'hôpital tu dois apprendre après on passe beaucoup de temps dans les services, les gardes, les astreintes, les services. Forcément le temps qu'on passe à l'hôpital ou dans les bouquins, c'est un temps qu'on ne passe pas à faire autre chose comme les autres en font.</p>	<p>Caractère chronophage des études médicales</p>

	Je pense que il y a des gens qui le voient plus ou moins bien aussi cet équilibre à trouver comme la vie familiale, la vie sociale parce que intéressant. Parce que l'internat ça correspond aussi à l'âge où on se met en couple éventuellement, on peut fonder une famille. L'internat ça commence vers 22-23 ans, je veux pas dire ça de manière plus précise et puis ça dure quatre ans on finit vers 26 ans.	gestion de l'équilibre en soi (des internes)
Jean-Yves Robin	18 ans le bac, 6 ans d'externat puis l'internat. Cela fait 24 ans.	
Chiara	Voilà	
Jean-Yves Robin	Je ne suis pas qualitatif mais	
Chiara	24 ans et puis c'est comme ça dure en moyenne quatre ans.	
François Xavier	Est-ce qu'après les quatre années de médecine, en tout cas de tronc commun, est-ce qu'ils obtiennent un parchemin qui prouve qu'ils ont finalisé ce cycle.	
Chiara	Les 6 années de tronc commun d'études, on est étudiant pas encore interne, s'achèvent un mini diplôme qui s'appelle selon les fac CSCT ou SCTU. Ici à Angers c'est le SCTU, en fait c'est un diplôme où on a une partie théorique c'est-à-dire un examen écrit et une partie clinique qu'on passe au chevet d'un malade qu'on doit interroger, savoir-faire une conduite diagnostic, etc. Cet examen là il permet de dire vous êtes médecin mais pas docteur. La thèse ça viendra après. Donc avec ça vous avez le droit de prescrire. Le SCTU clôt le cycle le 2 ^e cycle de formation médicale et donne le droit à la prescription. Comme cela a changé, il faut de toute	Cheminement des études médicales

	<p>façon passer un concours qui s'appelle l'Examen National Classant pour ensuite être interne soit de médecine générale soit de médecine de spécialité. Avant ce n'était pas le cas. Moi à mon époque et c'est récent, c'est pour cela que je vous parle dessus, c'est récent par ce que cela a changé la donne. C'est pour cela que je voudrais vous faire un rappel. Avant le SCTU nous donnait le droit d'être interne de médecine générale. On ne passait pas de concours si on ne voulait pas être spécialiste.</p>	
François Xavier	<p>Parce qu'au Canada hein, après les 4 ans de tronc commun, tu as bien sur un examen théorique et pratique et à la fin, on vous délivre un diplôme qui vous confère le grade de MD mais vous ne prescrivez pas.</p>	
Chiara	<p>Si on ne prescrit pas avec ce CSCT ou ce SCTU. En fait c'est l'examen qui clôt les études théoriques. Bien sûr il y a un peu de pratique parce qu'au deuxième cycle de médecine et là qui donne l'autorisation de prescrire. On est médecin c'est-à-dire qu'on a le droit de prescrire. Il y a plusieurs choses qu'on peut faire et aussi des choses qu'on ne peut pas faire parce que quand on n'est pas docteur Thésée on ne doit pas les faire. On peut prescrire, d'ailleurs les internes à l'hôpital passent le temps à prescrire. Ils font des remplacements voilà. Ce diplôme permet de prescrire.</p>	Cheminement des études médicales
François Xavier	<p>Mais quand ils prescrivent c'est sous la responsabilité du....</p>	
Chiara	<p>Sénior. C'est vrai quand vous dites ça je ne peux pas vous dire l'inverse évidemment. Quand l'interne prescrit</p>	Régulation rétroactive lacunaire

	<p>c'est sous la responsabilité de son sénior. On est bien d'accord. C'est écrit partout dans les textes, on le sait et c'est tout à fait le médico-légal à faire paraître. Simplement dans la vraie vie, le sénior ne relit absolument jamais les ordonnances de ses internes c'est impossible en pratique.</p> <p>De ce que je connais des études au Canada, moi ça fait un petit moment j'y suis allé, c'était avant 2000 eheee. De ce que j'avais vu, moi, j'étais étudiante au Canada. Ce que j'avais remarqué, la grosse différence avec la France, c'est c'était que les étudiants ce que nous on appelle les externes ici étaient beaucoup plus autonomes et investis dans les services que moi. c'est-à-dire que ils commencent beaucoup plus tard à aller dans les services dans leur cursus,</p> <p>nous on commence dès la deuxième année à aller dans nos services en tant qu'externe. Et comme on ne sait rien faire masi ça permet aussi de se familiariser tout à fait. Je ne suis pas contre. On est contente d'aller dans les services quand on est étudiant, la différence c'est que on reste externe, on y est allé tout le temps presque la même quantité de temps et presque le même investissement dans nos études en France alors qu'au Canada, l'équipe des externes allaient beaucoup plus tard mais ils étaient à temps plein mais beaucoup plus investis. Je dis ça pas juste pour souligner une différence, je dis ça il semble que dans ces conditions-</p>	<p>Autonomie des étudiant en médecine canadiens</p> <p>Progressivité dans la transition de l'externat à l'internat</p>
--	---	--

	là est beaucoup moins haute pour devenir interne. Nous l'une des grandes différences enfin vous l'avez vu, je ne peux pas vous l'apprendre à vous, je pense que l'une des choses qui met les internes en difficulté c'est que du jour au lendemain hop! Vous avez on vous met le cahier de prescription dans les mains. Voilà c'est ça! Et là, on se retrouve avec 10-15 patients sous sa responsabilité et ça ça reste presque du jour au lendemain en France parce que la formation juste avant et plus tôt, je pense qu'au Canada c'est plus progressif, c'est ça que je voulais vous dire. ça change un peu la donne.	
Jean-Yves Robin	Ça ce que dit le Docteur Petit là c'est quand même important que il y a une hypothèse de travail qui est quand même pas inintéressant dans ton comparatif éventuel entre les résidents et les internes. Lorsque tu vas recueillir les données c'est d'être sensibilisé à cette hypothèse parce qu'on ne peut pas la formuler que sous forme d'hypothèse actuellement. La marche est beaucoup moins haute que pour les québécois que pour les internes français. Moi c'est une hypothèse de travail que je peux entendre au regard justement des caractéristiques du curriculum officiel puisqu'ils sont externes à temps plein au canada alors que ce sont les gens qui passent en France.	
Chiara	Un externe donne un avis les externes. Ce que fait un interne ici. Quand on est externe en France, on ne donne pas d'avis. S'ils sont à temps plein mais beaucoup plus investis, beaucoup plus impliqués dans leurs services.	Prise d'initiative des étudiants en médecine canadiens

Jean-Yves Robin	<p>Beaucoup moins satellites, beaucoup plus présents et bon cela dit ce qui est intéressant dans le travail que tu fais, les données récentes concernant la souffrance au travail des jeunes médecins, des internes sont corroborés par les données que tu as fourni sur la santé au travail des résidents. Ça se corrobore. On a pas tout à fait les mêmes photographies mais il y a quand même quelque chose qui pose problème et qui pose question indéniablement. Donc les gens d'une manière ou d'une autre, quels sont, oui c'est ça quels sont les savoirs de ripostes qu'ils développent si tant qu'ils en développent? Quels sont les stratégies offensives qu'ils vont mettre en œuvre. Donc tout tourne autour de ça en définitive dans ton travail de recherche. donc autre point aussi qui n'est pas négligeable c'est pas très présent dans ton texte, on aura l'occasion d'en causer puisque tu es là jusqu'en fin septembre. Eheee c'est la question de la responsabilité parce que je crois tant tu es satellite, tu es penard, mais le jour que tu poses un acte selon lequel tu prescrit.....</p>	
François Xavier	<p>Est-ce que cette façon de faire, cette façon de voir c'est pas aussi lié aux processus de processus? Parce qu'ici en France c'est l'entrée par le travail alors que là bas c'est l'entrée par l'expérience.</p>	
Jean-Yves Robin	<p>En tout cas, on va en discuter. Je crois que la notion de responsabilité a tout son poids dans le processus d'apprentissage. C'est grosso modo quand on est responsable il y a deux choses sont il y a deux aspects dans la notion de responsabilité soit tu réponds aux</p>	

questions qui te sont posés. Donc tu ne veux pas t'inscrire aux abonnés absents. La preuve est que tous les internes se trimbalent avec je ne sais quoi le genre de smartphone, de beaucoup pour être sollicité à n'importe quel moment du jour et de la nuit pour aller parce qu'il y a toujours quelque chose qui serait d'ordre d'urgence. Donc répondre aux questions. Et d'autre part répondre de ce qu'on a fait c'est-à-dire l'imputabilité et ça si tu veux ça te configure de façon tout à fait différemment dans le processus d'apprentissage parce que tant que tu es observateur plus ou moins impliqué, je vois, la forme d'engagement fait que d'une manière ou d'une autre qu'est ce que cela a comme effet, qu'est-ce que, tu vois le genre de questions que tu auras à poser puisque on va reprendre ton questionnaire lorsqu'on aura terminé nos échanges avec Madame Petit. Une des questions est qu'est-ce que cela vous a fait quand vous avez commencé à prescrire par exemple. Aussi simple que ça. Il faudra être attentif à cela. Voilà une deuxième chose aussi parce que c'est toujours intéressant dans l'apprentissage professionnel, on ne fait pas de recherche sans ça, surtout dans nos disciplines eheee! C'est juste je ne suis pas sûr que tu auras pas intérêt mais je dis ça sous couvert de eheee je veux voir comment Docteur Petit va réagir. Je ne suis pas sûr que tu n'auras pas intérêt à interviewer aussi bien au Québec qu'en France d'ailleurs au-delà des internes et des résidents 1 ou 2 jeunes médecins qui viennent d'entrer dans la profession. Si souffrance il y a du côté des internes, je

	ne suis pas sûr qu'elle ne perdure pas, ne se poursuive pas du côté des....	
Chiara	<p>Après il faudra voir avec votre question de recherche parce qu'il y a quelque chose qu'on constate de plus en plus c'est par contre la souffrance des étudiants c'est-à-dire avant aussi les médecins. c'est-à-dire oui, ils sont médecins, c'est bien mais leur souffrance on a pas l'impression que cela augmente autant que ça. Mais vous êtes bien placé pour le savoir. Par contre moi ce que je vois ici c'est l'augmentation de la souffrance des étudiants 1^{er} et 2^e cycle des études de médecine.</p> <p>Avant quand on était étudiante en médecine à mon époque, on était les plus heureux étudiants du monde bien que quelques-uns, bien sûr dans les promos il y a toujours 1 cas ou 2 évidemment. On était les étudiants les plus heureux du monde. On avait quasiment le métier assuré en sortant de nos études. Voilà encore l'équipe de travail était très soudée.</p> <p>Voilà je ne sais pas si vous demandez mon avis sur les raisons de la souffrance des internes. Je pense qu'on ne va pas rentrer là-dessus. Il faut rester neutre et avoir l'avis de quelqu'un là-dessus. Enfin en tout cas ce qu'on voit c'est que ça se dégrade. Il y a des gens de la médecine du travail hospitalier avec qui je peux vous mettre en relation. Notamment j'ai une infirmière qui travaille dans les services-là qui, elle voit les étudiants. On nous a toujours proposé de venir à la médecine du</p>	<p>Souffrance des étudiants en médecine</p> <p>Collectif de travail</p> <p>Lien entre la souffrance des étudiants et celle des internes</p>

	<p>travail. Ça fait partir des règles et puis avant personne ne venait et puis depuis quelques années, elle voit le chiffre qui augmente du nombre des étudiants en souffrance qui viennent, des jeunes filles anorexiques, des jeunes gens qui prennent des substances, des problèmes d'addicto et certains sont dépressifs eheee voilà. C'est cette population de personne qu'elle voit. Cela peut être en continu après avec le troisième cycle qu'on trouve aussi chez les jeunes médecins comme vous dites. Ce qui est très intéressant, il faut qu'il réponde à vos questions en disant, en amont aussi il y a déjà eu des évolutions. Silence.....</p>	
François Xavier	Dans le travail de Dejours. Suicide au travail	
Jean-Yves Robin	Suicide au travail que faire?	
François Xavier	<p>Oui. Il dit que le stress donc est l'écart la souffrance qu'endure depuis un certain le sujet et son incapacité à mettre en place des stratégies d'adaptation. donc je je dis ce que vous dites est plausible. Ça veut dire que cette souffrance qu'ils ont au au niveau du 3^e cycle c'est quelque chose qui perdure depuis c'est possible.</p>	
Jean-Yves Robin	<p>Dans ce que dit Madame Petit, moi je trouve qu'il y a quand même des hypothèses intéressantes. Cela veut dire que c'est important de faire parler le terrain au-delà du cadre théorique. C'est peut-être intéressant que ton dans ton travail un peu exploratoire, que tu aies un ou deux externes très bien que si tu pouvais avoir rencontré l'infirmière de médecine du travail dont vous avez parlé pour avoir une interview avec elle sur l'état de santé</p>	

	<p>des jeunes étudiants. Et si tu pouvais aussi interviewer un jeune praticien hospitalier qui vient de débarquer pour ne pas t'enfermer trop dans cette population. Si tu fais ça dans une perspective un peu diachronique mais synchronique. L'état de lieux à différents niveaux de la vie professionnelle tu vois. Parce que eheee on est dans ce que les québécois appellent la carriérologie. Il faut aussi que tu reprennes cela avec les travaux de Riverin Simard parce que c'est une grande anxieuse en tout cas ça c'est autre chose. Danièle dit une chose intéressante dans l'un de ses travaux sur les étapes de la vie au travail. Elle parle effectivement d'atterrissage dans la planète travail. Dans la prescription on atteint là . L'atterrissage on est vraiment dedans comme le jeune interne qui commence à faire sa première appendicite. Bien là il y a des presque c'est un choc culturel si tu veux . tu retrouves puisque tu as un concept clé toi dans ton travail la notion d'expérience qui sous entend sortir indemne du péril hein étymologiquement, de l'épreuve. Mais je pense qu'il y a tout un truc et ça sera intéressant que tu rencontres l'infirmière de santé au travail parce qu'elle a certainement entendu parler des choses.</p>	
Chiara	Et puis elle très intéressante.	
Jean-Yves Robin	<p>Et....qu'est-ce qu'elle a entendu de ce qu'ils disent de leur formation, de leur boulot, de ceci et de ça. Tu vois l'atterrissage dans la planète travail c'est aussi la glaire dans les mais en cambouis pour ne pas dire autre chose. Et il peut avoir une idéalisation du métier durant la formation sans que les gens puissent avoir une quelque</p>	

	idée de ce que cela représente par la suite. Comme on a tout le mois de septembre pour causer.	
François Xavier	Mais aussi il faut savoir que c'est un travail de recherche c'est-à-dire une thèse bien sûr. Et un travail de recherche mis c'est aussi une ouverture vers un postdoctorat. Je peux par exemple prendre cette hypothèse pour construire une recherche en post doctorat.	
Jean-Yves Robin	Oui parce que toi tu as un projet d'entrer à l'Université au Canada.	
François Xavier	Oui	
Chiara	On est bien d'accord qu'il y a fait à penser que quelqu'un qui a des stratégies pour résister au stress pendant ses études mais n'arrive pas à développer pour résister au stress lors de la confrontation de la pratique par exemple. Évidemment bon après je ne suis pas compétente pour répondre à ce genre de questions. On ne peut dire si ce n'est vrai ou pas. Mais on peut le suspecter. Les études ont changé. Les études en médecine c'est ça que je voulais vous dire sauf si vous voulez qu'on parle d'autre chose.	Transition externat-internat mal vécue
Jean-Yves Robin	Non non non il ne faudrait pas qu'on vous consomme trop de temps, vous savez le temps de médecins	
Chiara	Ce matin, je suis libre jusqu'à 11 heures. Les études de médecine ont changé. Je vais vous expliquer je vais être le plus objectif possible. C'est important que je vous en parle. Je pense que ça a joué un rôle la dégradation de la santé des étudiants et des internes. C'est pour cela que tout à l'heure je savais que j'allais vous rencontrer je	Appréciation intergénérationnelle des études médicales

m'étais dis il faudrait pas que j'oublie de leur dire ça. Parce que c'est important d'avoir compris ça. Eheee. Il se trouve qu'avant je parle entre moi mon école ceux de maintenant et moi eheee, nous on avait un concours d'entrer extrêmement compliqué. Voilà 7 à 10% de reçus vous savez le numerus causus je ne vous apprends rien. Maintenant le numerus causus ça c'est un peu élargit. Donc nous on avait une très forte sélection à l'entrée, une très forte pression. Et une fois qu'on était rentré, on était donc moins nombreux moi j'étais dans la région parisienne pour une fac parisienne on était que 80 dans la promo. Maintenant à Angers ils osnt 150. Donc c'est sans commune mesure le nombre d'externes qu'on était par promo et le nombre d'étudiants après on était dans les services etc. c'est pour cela que je vous dis ça. Donc on était très sélectionné à l'entrée puis une fois qu'on avait passé ce concours qui nous tracassait, une fois que c'est passé une fois oh c'était fait on était les plus heureux du monde. C'est vrai. On avait plus aucune pression. La 2^e et la 3^e année autant on l'a passé. On était, ce n'était que mon exemple, on était tous comme cela en 2^e et 3^e année. C'était vraiment le service minimum pour avoir les partiels. On commençait à aller dans ls services, on était les plus heureux puisqu'on mettait une blouse blanche, on allait voir les vrais patients. Voilà notre futur métier. Voilà et puis après, pendant les stages comme on était assez peu nombreux même si on était heureux sns pression, on était pas très obligé de faire les choses puisque quand il y a 2 externes

	<p>pour faire les examens le matin, pour aller faire ça, on avait plus de patients. Il fallait les connaître. Donc on était sans pression mis on avait quand même une charge de travail pas nulle à l'hôpital. Donc on s'investissait, on était obligé de toute façon et eheee! On exigeait un plus de nous que maintenant quand même en tant qu'externe puis après à la fin de notre 2^e cycle, on choisissait si ou non on voulait passer ce fameux concours qui, tout en sachant que si on ne le passait pas, on pouvait faire de la médecine générale ou s'inscrire ou être résident ou interne de médecine générale. Et puis si on passait le concours on prenait le risque de passer le concours en fonction du classement sinon on serait dans une ville qu'on aimait pas. Encore une fois, il n'avait pas de pression énorme parce que on pouvait aussi ne pas prendre ce poste. On pouvait préparer le concours et on réussit on prend et on ne réussit pas on pouvait redoubler comme on n'était pas nombreux. Et c'est ce que j'ai fait, j'ai redoublé ma dernière année pour avoir la ville et la spécialité que je voulais. Et si au bout de 2 fois on ne réussissait pas, on pouvait toujours faire une médecine générale dans l'endroit qu'on voulait. C'était quand même des études qui étaient tranquilles et on avait pas pus d'exigences sur dans des services parce qu'on le travail d'externe c'est ingrat. Va me faire un ECG, va me faire une prise de sang, range les examens, tiens va faire l'observation de tel ou tel patient après tu me le présentes. C'est un peu ça. Quand on est externe, on est la petite main. Mais on est aussi là</p>	
--	--	--

	<p>pour tirer profit pour laisser trainer nos oreilles pour poser des questions. Et puis après voilà, on devenait interne. La marche était haute. Mais j'ai l'impression qu'elle était moins haute. On avait fait plus dans les services.</p> <p>On avait plus de responsabilités parce qu'on était moins nombreux et parce que plus d'exigences, pas d'histoire de 35 heures de repos compensatoires. On faisait les gardes, on enchaînait le lendemain. C'est plus du tout comme cela, il y a eu évolution. Bon en fait on passait énormément de temps à l'hôpital. En fait on avait toujours des prescriptions. En fait je me rappelle encore, on se rappelle tous, on avait quand même été mis sur la sellette. Alors que maintenant ça quand même un peu plus évolué dans les sens inverse.</p> <p>C'est-à-dire que maintenant les étudiants ont un concours moins sélectif. Moins difficile. C'est eux qui le disent. C'est moins difficile d'entrer en première année mais après ils ont une espèce de pression permanente parce que le concours d'internat qu'on choisissait de passer ou de ne pas passer, eux maintenant sont obligés de le passer l'examen national classant. Parce que maintenant qu'on fasse médecine générale ou spécialité, on doit passer ce concours qui nous affectera dans la spécialité et dans la ville. Il y avait un enjeu parce que même si vous voulez faire médecine générale ce n'est pas les premiers du</p>	<p>Idéologie sacrificionnelle du métier</p> <p>Appréciation intergénérationnelle des études médicales</p>
--	--	---

	<p>classement, vous n'avez pas envie de vous retrouver à Vesoul si vous êtes à Angers. Il y a quand même un petit enjeu. c'est pas tout à fait rien. Et ça comme ils le savent depuis le début qu'ils ont cet examen à la fin,</p> <p>ils passent leurs études à y penser et à le préparer. donc ils sont plus investis dans la préparation de ce concours théorique que dans le fait d'être de trainer dans les services comme nous on faisait. Et en plus comme ils sont plus nombreux, beaucoup plus nombreux on peut multiplier par 2 ou par 3 c'est plus les mêmes. C'est vrai on a plus rien à les faire faire. C'est même dramatique. De fois on essaie d'en prendre 2 le matin, 2 l'après midi pour qu'ils ne se marchent pas dessus. Maintenant ils n'ont plus grand-chose à faire dans les services. Ce qui n'est pas très engageant en termes de motivation, on est d'accord et en plus quand ils y sont ils font des tâches mineures, pas très investis pour eux ils veulent s'investir de cette formation pratique. En parallèle, ils ont un objectif théorique qui les mettent en pression tout le long des études. C'est très facile quand l'un est dans cette situation, ne je voudrais pas être à leur place. On va laisser un tout petit peu tomber les stages, on sera concentré sur les bouquins. Voilà au final ils font tout ça parce que le stage clinique ça paie pas. Ça vous donnera pas de points. À Angers on a essayé de le valoriser parce qu'on a un peu compris ça. On essaie du coup d'y mettre des stages. Mais ça reste toujours très peu. Il vaut mieux bien travailler sur les bouquins, plus</p>	<p>Investissement dans la préparation de l'ECN au dépend de l'externat</p>
--	--	--

	<p>le matin et le soir au lieu d'aller perdre du temps en stages.</p> <p>Et ça fait quoi. Ça fait des gens qui ont appris la médecine différemment parce qu'apprendre en théorie ce n'est pas pareil que toucher les patients et les interroger. Et puis ça fait des gens qui sont moins familiers avec les responsabilités qu'ils pourraient avoir quand ils seront internes. Donc je dis. La marche est plus haute sans doute pour eux. Ils ont fait moins de choses, moins souvent. Même celui qui se serait investi, il a eu que deux patients en charge dans son internat. Et après c'est pas pareil quand on passe il était du prescriptif. Il y a ça. Le fait d'être plus nombreux dans une promo, on a forcément moins à faire mais aussi on a un plus faible collectif. A 150 on ne peut être aussi soudé qu'à 80. C'est pareil pour les internes parce que les internes aussi sont beaucoup plus nombreux. Ils travaillent beaucoup moins que nous. Et du coup ils sont beaucoup moins compétitifs. Ils le disent tous. Je pense moins compétitifs que quand on est médecin. C'est un peu plus moins compliqué à gérer. Ils ont été moins pendant leurs études et après ils sont beaucoup plus internes que nous. Mais je fais beaucoup de gardes que nos internes. Parce que notre génération, je fais plus de garde qu'eux. Ça me paraît délirant de dire ça mais c'est vrai. Ça veut dire qu'ils font moins de gardes dans les services, ils ont moins de lits à s'occuper. Forcément ils emballent moins.</p>	<p>Autonomisation difficile des internes liée à leur désinvestissement en stages</p>
--	---	--

François Xavier	Et pourquoi vous ne les laissez pas faire des gardes?	
Chiara	Mais quand on est 50 et qu'il y a un planing de 100 gardes à faire, on en fait 2 chacun. On est 100 on en fait 1 chacun. On ne va pas augmenter le nombre de jours de gades. Et l'hôpital n'a pas envie de payer deux fois d'internes de gardes. Donc en étant plus nombreux, on a moins de travail. C'est comme partout. Ça c'est ma thématique.	Pénurie des terrains de formation cliniques
Jean-Yves Robin	Ce qui est intéressant comment tout est intéressant dans ce que dit Madame Petit, ce qui est intéressant on voit les choses se rejoignent. C'est que la logique du concours tue la professionnalisation. et ce qui se vit là se vit chez nous en faculté d'éducation. Moi je suis dans une faculté où on forme les profs. Parce que je suis responsable d'un master qui forme les cadres éducatifs et les ce qu'on appelle les CPE. Mais la logique du concours qui fait que tout prof de second degré et de premier degré doit passer un concours, en fait à la fin du master 1, fait que la professionnalisation s'est réduite en coup de chemin. Même si comparaison n'est pas raison mais toute proportion gardée. Tu as le même processus décrit ici par Audrey Petit. Au Canada c'est différent. C'est intéressant de mettre dans une comparaison entre résidents et internes Canada et France. C'est intéressant. Ce qui est intéressant je pense qu'il faut ouvrir effectivement avoir au moins une population une petite population d'internes et plus peut être un médecin, un jeune praticien hospitalier qui	

	débarque et avoir pas forcément un étudiant en médecine. Mais aussi au moins cette infirmière.	
Chiara	Laurence Garnier. Vous pouvez la rencontrer facilement. Elle sera contente de participer à ça. Elle enseigne avec moi pour les infirmiers en santé au travail. C'est dans sa philosophie.	
François Xavier	Mais maintenant, il faut avoir son contact, savoir comment la rejoindre.	
Chiara	Je vais vous donner son numéro de téléphone et son mail.	
Jean-Yves Robin	Alors comment procède-t-on. Alors je voulais vous dire une chose que j'ai dit à René. C'est pas dans ma philosophie d'être un chercheur prédateur. Je m'explique. Arriver sur le terrain prendre les infos puis après on se casse. Donc ce que j'ai dit à René c'est que c'est une occasion intéressante ce travail qu'engage François Xavier et puis éventuellement aussi le travail que je fais sur les chefs d'établissements. Ça peut être l'occasion eheee de ne pas en rester là. François Xavier reviendra au mois de juin prochain. Il aura avancé dans son recueil de données au Québec. Il aura déjà fait quelques petits recueils ici en France. Il aura poursuivi avec les matériaux. Ça va être intéressant à un moment ou à un autre que tout le matériel que tu auras de faire un bilan d'état, où j'en suis au niveau des résultats, qu'est-ce que j'ai obtenu comme informations. Et ce que j'ai dit à René, on peut très bien prévoir avec vous et puis des collègues qui sont intéressés dans votre	

	laboratoire de faire une présentation de 2 heures sur 1 ou 2 de ses résultats.	
Chiara	Corinne Darno sera intéressé.	
Jean-Yves Robin	Et on peut faire d'une pierre deux coups. Comme je souhaite intégrer René dans cette équipe de recherche sur les chefs d'établissement, une douzaine de chercheurs en sciences sociales pour l'essentiel, je vais voir cet après midi d'ailleurs pour fixer certaines choses eheee on pourra aussi éventuellement lors de cette rencontre évoquer les résultats que l'on a recueilli sur la santé au travail sur les internes.	
Chiara	C'est presque intéressant	
Jean-Yves Robin	On sera probablement amené à se revoir	
Chiara	Mais bien volontiers	
Jean-Yves Robin	C'est ça que je vais dire à René. René a du en parler un peu à Yves Roquelaure.	
Chiara	S'il y a un dernier point d'informations que je voulais vous donner après on va regarder en pratique comment faire pour rencontrer les internes, comment ça se passe. La dernière information que je voulais transmettre qui était importante à vous donner c'était par rapport à l'évolution des conditions de travail des internes. On a parlé des étudiants. Je pense qu'ils arrivent internes d'qns des conditions différentes. La question c'est pourquoi maintenant sont-ils en souffrance alors que dans notre temps il y avait quand même beaucoup moins de personnes. Quand on en parle entre nous de façon complément formel, on a des idées comme cela.	Paradoxalité de la souffrance des internes

	<p>très bien, la famille vient poser de questions, je sais très bien répondre, etc. je fais le petit docteur. Mais là cela devient un peu plus difficile.</p> <p>Mais là ils sont dans une situation ici ils sont encore très étudiants en fait. Ils n'ont pas encore pris leur place. Je pense que quelque part il doit avoir peut-être insatisfaction au moins et eheee comme je disais tout à l'heure, une insécurité par rapport à ses compétences qui doivent être mises en question. Il me semble, on est trs solidaire. Il nous assure, nous on était quatre fois moins.</p> <p>Un problème de garde on avait pas de problème à changer. Ils sont quatre fois plus, ils font 1 garde par mois moins d'une garde par mois quand même après quand il y a un qui a un problème de garde il n'arrive pas à la changer. Et d'ailleurs on place une liste de suppléance parce qu'il y en a qui ne pensent pas à prendre leur garde et il faut absolument qu'il y ait un nom devant sinon il y a aura personne. L'administration a mis en place des listes de suppléances depuis des années.</p> <p>Nous il y a un problème de garde, on trouvait toujours quelqu'un même si il avait une garde la veille. C'est pas grave. Il vient faire la garde. Ça montre bien que ces conditions de travail là ont fait que voilà plus nombreux moins souvent à l'hôpital, voilà je pense que c'est pas</p>	<p>Inadaptation des internes (liée au manque de compétences)</p> <p>Liste de suppléance</p>
--	---	---

	<p>inhérent. Il y a mille choses qui vont plus jouer, l'évolution de la société, les 35 heures dans la société, je pense que ça été aussi dramatique pour les médecins parce que quand vous avez des internes qui reviennent de RTT et qui vous disent mois je connais pas les RTT et vous vous êtes là depuis 3 jours d'affiliée sans avoir pris une pause, voilà ça vous dites au but d'un moment bon pourquoi moi je me repose pas. En un moment donné on est trois en décalage avec le reste de la société y compris nos collègues de services. Je crois que ça aussi. L'évolution de la société des conditions de travail en général, vous connaissez ça mieux que mois si vous travaillez sur.....l'évolution des conditions de travail des médecins, je pense ça largement contribué à ça l'échec des stratégies de défense. On a peu tous l'impression que c'est ça. On es bien désolé d'avoir de plus en plus d'internes malades, et il n'y a ps que mois qui le pensent. C'est pas scientifique, mais c'est du ressenti.</p>	<p>Appréciation intergénérationnelle des études médicales</p>
Jean-Yves Robin	<p>C'est pas scientifique. C'est important c'est un témoignage qui a toute sa valeur et qui justifie pleinement qu'on est que tu puisses avoir éventuellement une entrevue avec un jeune médecin. Ça ça sera intéressant.</p>	
Chiara	<p>Plus justement, je vais vous donner le contact mail de laurence garnier</p>	

ENTREVUE RÉALISÉE AUPRÈS DE L'INFIRMIÈRE

Qui parle?	Extraits	Catégories
Interviewer	Vous voyez les internes?	
Infirmière	Non nous on commence à voir les étudiants de médecine de 5 ^e et 6 ^e années. On les a vu l'année dernière. C,et leur première année. Sauf que pour nous c'est les D3. Et du coup on les voit. On les voit l'un des deux. On voit surtout si au niveau vaccination l'hépatite b si ils sont à jour pour aller en stage à l'hôpital. Mais pas vraiment après sur leur vécu. On s,est rendu compte qu'il y en avait qui n'allaient pas bien. Qui étaient sous antidépresseurs. Donc on a décidé de les voir. On a vu ça une année. On a pas de chiffres. On a rien. On n'a pas dégagé de statistiques. Rien. Il y a eu 151 convocations d'étudiants en 5 ^e 6 ^e années vous en avait vu 126. Il y a 44 étudiants qui souhaitent revenir l'année prochaine pour que les infirmières puissent les écouter. Après sur les 126 je ne pourrais pas dire comment allaient bien combien n'allaient pas bien, moi je dirais 1 sur 3.	
Interviewer	Pourquoi les 44 veulent les revoir?	
Infirmière	Parce qu'ils ont trouvé ça bien. Parce qu,elles les écoutent. Parce qu'ils pensent que leurs santé c,est important. On ne s,en occupe pas trop. Avant on ne s,occupait pas trop. Rien que de discuter cela les a fait du bien. Et déjà en D2, ils avaient déjà eu des difficultés par rapport à leurs études. La pression au niveau des études. Gérer le stress. La compétition, le classement. Ils se posent aussi de questions de savoir est-ce qu'ils ont fait le bon choix de devenir médecin. Donc il y a tout ça. Ça ne veut pas dire que ce sont des gens qui après vont avoir un suivi psy, ils sont sur antidépresseurs, il y en a certains mais pas tous. Et ce qui est ressorti quand on leurs dit qu'il ne sont pas tout seul à être en difficulté ils sont étonnés. En fait ils n'en parlent pas du tout entre eux. S'ils commencent à parler de leur mal être c,est un signe de faiblesse. C,est mal vu. Moi j'ai entendu ça pas mal de fois. Cela leur fait du bien de dire que c,est dur et qu'il faut énormément travailler. Ils se culpabilisent beaucoup aussi. Quand ils ne travaillent pas il y en a quand ils font une ½ journée sans travailler ils sont mal après. Ils ont l'impression de perdre leur temps.	
Interviewer	Quand ils disent qu'on ne les écoute pas. Qu,est-ce cela veut dire?	
Infirmière	Je n'ai pas dit qu'on ne les écoutais pas. C,est pas pareil. Il n'y a pas de lieu d'écoute. Voila. Si à la fac ils sont au courant des gens qui ne vont pas bien. Je ne sais ce qui se passe là bas.	
Interviewer	Quand vous avez vu ceux qui sont en dépression, qu,est-ce qu'ils ont dit. Que c'est du à quoi?	
Infirmière	Cela peut être la pression des études. Cela peut aussi être les difficultés familiales, financiers comme tu dis Laurence. Il y en a qui travaillent de nuit à côté et donc physiquement ils sont fatigués.	

Interviewer	Quand ils travaillent de nuit c'est pourquoi c'est pour combler	
Infirmière	Il y en a qui vont en stages. Ils font des nuits hein. Il y en a qui font aides opératoires aussi.	
Interviewer	Cela veut dire qu'ils n'ont pas d'argent pendant leurs études. Ils n'ont pas de salaires?	
Infirmière	Les internes je sais qu'ils sont payés mais les externes ils n'ont pas grand-chose.	
Interviewer	Quel problème peut encore les pousser à tomber en dépression?	
Infirmière	Cela peut être une question de fragilité personnelle aussi. Ils sont comme dit, je trouve qu'ils n'arrivent plus à gérer le stress. Il y en a qui vont prendre le devant directement avec les spécialistes. Il y en a qui essayent de faire d'autres techniques. Il y en a qui arrivent à faire du sport. Ils ne font rien du tout. Ils ne font que travailler 7 jours sur 7. Même pas aller en vacances parce que c'est le concours. Le concours de d4, ils veulent être dermatologues et donc il faut travailler au maximum pour avoir ce qu'ils ont envie de faire. Et il y a aussi la comparaison entre eux. Il y a des groupes au cours d'une soirée celui qui n'a pas la bonne réponse. Il se sent inférieur aux autres. Il dit je ne travaille pas assez. Il dit je suis mauvais. Il y en a qui ont 15 de moyenne. Il y en a qui avec 12 s'en contente. Il y en a d'autres que les copines ont lâché. C'est un ensemble aussi de choses. Mais ils se font aussi beaucoup de pression. D'être arrivés et d'être le meilleur.	
Interviewer	Parmi ces étudiants, ce sont les filles ou les garçons qui sont mal en moins?	
infirmière	On ne peut savoir. Les garçons sont beaucoup plus réservés. Ils font du sport. Il y en a qui ont une vie associative. Les filles certainement.	
Interviewer	Ceux qui sont venus vous rencontrer, c'était beaucoup plus les filles ou les hommes?	
Infirmière	C'était beaucoup plus les filles. C'est un entretien qui va durer 20 à 30 minutes. En plus c'est une relation de confiance qui va s'installer. Si vous sentez la personne qui est sur la défensive, sur la retenue, nous on ne force pas. Sur 10 ans le pourcentage d'étudiants qui ne vont pas bien a doublé. Ils étaient à 4% et en 10 ans ils sont passés à 8%. Ça c'est les chiffres de la fac. On a réussi à avoir ça.	
Interviewer	Est-ce qu'ils sont convoqués?	
Infirmière	La première fois ils sont convoqués après on leur donne le choix pour l'année d'après. Et c'est la première année qu'on le fait.	
Interviewer	Est-ce qu'il y a ceux qui sont arrivés sans convocation?	
Infirmière	En D2 non. Personne n'est venu comme ça. Mais ils en ont parlé entre eux. C'est-à-dire ceux qu'on a vu à la fin nous dit on sait ma collègue m'a dit elle m'a expliqué un petit peu.	

ENTREVUE RÉALISÉE AUPRÈS DE L'ÉTUDIANT EN MÉDECINE DE 4^E ANNÉE

Qui parle?	Extraits	Catégories
Interviewer		
Étudiant	Moi je suis arrivé en première année médecine, j'ai quasiment déprimé, j'étais un peu triste quand j'arrivais en deuxième année. Parce que en fait on ne fait pas vraiment la médecine. On fait des choses très théoriques, en fait ce qu'on appelle le socle des matières biologiques et scientifiques mais non médicales. Ça c'était c'est triste, on fait. Jusqu'à la quatrième année médecine, on ne rencontre pas de patients. Ça c'est vraiment dommage. Une chose qui serait intéressante c'est d'aller en stages et faire plus le travail d'aides soignants, d'infirmiers. On devrait introduire les sciences humaines pour avoir la relation. le médecin et l'infirmier n'ont pas la même relation. ils ne voient pas du tout la même chose. Le médecin il arrive c'est 10 minutes avec le patient alors que l'infirmier il va passer pas mal de temps. Se sentir inutile je pense que c'est ce qui déprime beaucoup d'étudiants en médecine.	
Interviewer	Qu'est-ce que tu fais pour sortir de cette dépression?	
Étudiant	Moi je lis beaucoup, ce qui m'a permis de m'en sortir. C'est qui est très prisé pour les étudiants de 2 ^e année de médecine c'est de rentrer dans le tutorat. Le tutorat c'est l'association qui va aider les premières années de médecine. Il va les préparer au concours. et c'est du bénévolat et moi c'est ce qui m'a aidé. Je me suis beaucoup investi là dedans. J'ai donné beaucoup de cours. Je les ai aidés, j'ai passé la nuit à les aider. Là je me suis senti utile. Ça m'a aidé. Ensuite j'ai été élu étudiant pour améliorer la formation, en gros c'est d'améliorer la formation et aider les étudiants en médecine. C'est très difficile de pouvoir faire des stages. C'est très compliqué. La faculté ne veut pas du tout qu'on fasse des stages. Les autres personnes pour ne pas déprimer vont en soirée. Ils boivent beaucoup d'alcool. Ils font toutes les soirées médecine pour oublier parce que les cours ne sont pas intéressants. Les profs ne sont pas intéressants. Il n'y a pas de travail d'équipes, c'est très universitaire. On a un contrôle à la fin de l'année et puis c'est tout. un mois de janvier et un en juin et après c'est fini. On a pas de travail collectif à faire. On a pas d'esprit d'équipes. On est pas vraiment intégré.	
Interviewer	De la première à la quatrième année, à partir de quand on fait le concours?	
Interviewer	Pour rentrer en médecine, il faut réussir la fin de la première année de médecine. Et après on passe un concours pour choisir sa spécialité. Ça c'est la fin de la 6 ^e année.	
Interviewer	C'est qui déprime beaucoup plus les étudiants c'est la fin de la première année parce qu'il y a le concours?	

Étudiant	Les étudiants en médecine sont toujours un peu déprimés. En 2 ^e 3 ^e année ça va parce qu'ils n'ont pas de grosses responsabilités, ils profitent de la vie. Mais après 5 ^e 6 ^e année médecine, il y a encore un concours. Ils sont très stressés parce qu'il faut choisir la spécialité. C'est très stressant. Après quand tu es interne c'est faire beaucoup d'heures de travail, c'est pas possible d'autre chose à côté. C'est pareil.	
Interviewer	Oui quelle est ta relation avec les internes?	
Étudiant	Ça dépend beaucoup de l'endroit où je me trouve. Par exemple au CHU, j'étais beaucoup avec les internes parce que les médecins c'est un peu, les médecins ne sont pas dans les services. Ils sont en consultation. Soit ils passent le matin 2 h. mais ils ne sont pas dans le service. Ils ne sont pas avec les malades. Ils sont ailleurs.	
Interviewer	Et qui forment les internes alors?	
Étudiant	Dans les services, c'est les internes, on causait beaucoup beaucoup avec les internes. C'est les internes qui nous donnent nos tâches à faire, et aux urgences le ratio c'est qu'il y a 300 médecins, 130 internes et 47 externes. Et donc un externe il n'est pas avec un interne il est directement avec un médecin. Et là j'ai d'assez bonnes relations avec les internes. Un petit et moins parce que là je suis directement avec le médecin. Il y a de super conditions de travail parce que quand j'ai une question je vais demander au médecin directement. Ce qui est super bien au CHU il y a beaucoup plus d'étudiants en médecine, par exemple au CHU il y a un médecin et 2 internes et 8 externes. Et donc il y a beaucoup plus de personnes en stages que le travail et là c'est l'inverse. Il y a beaucoup plus de médecins que de travail vraiment. Donc on est super bien encadré. Et donc la relation avec l'interne au CHU c'est le chef alors qu'à l'hôpital du Mans c'est presque un collègue de travail. Ce n'est pas notre chef c'est le médecin. Et moi j'aime beaucoup ça. Et l'interne il faut qu'il travaille, il faut qu'il apprenne aussi et bien alors à gérer les étudiants c'est du stress supplémentaire, cela lui permet de se concentrer sur sa formation aussi.	
Interviewer	Est-ce que tu as déjà vu des internes pleurer?	
Étudiant	J'ai vu une interne pleurer l'année dernière.	
Interviewer	Qu'est-ce qu'elle t'a dit? Qu'est-ce qui c'est passé?	
Étudiant	Généralement c'est dans le service des AVC le service des accidents vasculaires. Il y a beaucoup de personnes qui font l'AVC, il y a beaucoup de personnes qui sortent. Comme il y a beaucoup de personnes qui sortent, cela fait beaucoup de travail beaucoup de compte rendu à faire, de papier à faire, en gros, l'interne n'a pas fini il y a l'ambulancier qui vient et dit quand est-ce que tu vas finir. Il faut que je l'emmène. L'infirmier qui vient l'emmener aussi en fait c'est beaucoup de stress c'est comme cela. C'est beaucoup de compte rendu à faire. Et c'est à cause de ça. J'ai aussi vu un interne pleurer, un interne c'est quand son	

	patient est décédé ça la faisait peur. C'est vraiment une pression à cause des autres.	
Interviewer	Après avoir pleuré comme cela est-ce qu'elle a continué à travailler ou bien elle a arrêté de travailler?	
Étudiant	Non elle a continué de travailler.	
Interviewer	Tu t'es rapproché d'elle pour demander comment ça s'est passé.	
Étudiant	En fait c'était la fin de mon stage, je suis allé lui acheter à manger. Je suis allé lui offrir des macarons et on a un petit peu discuté	
Interviewer	Et après elle s'est calmé?	
Étudiant	Oui oui après elle a séché ses larmes. Elle a continué de travailler.	
Interviewer	Oui quand vous étiez en 3 ^e année comme cela, est-ce que vous faites les stages déjà? Est-ce que cela vous aide à faire le choix de la spécialité?	
Étudiant	Oui, par exemple la neurologie vasculaire, les AVC cela ne m'intéresse pas du tout.	
Interviewer	Par exemple sur le plan de la formation, est-ce que ça t'aide à comprendre les trucs du terrain?	
Étudiant	Oui on pourrait faire mieux encore, oui aller en stage c'est très important parce que on voit des patients et donc là on essaie de les aider comme on peut. C'est déjà signifiant et puis après. Voir les maladies directement cela permet de comprendre. C'est vraiment bien d'aller en stages. Après on est pas assez prêt pour aller en stages. Parce que quand on nous demande de rédiger les choses, de présenter les dossiers, on ne nous l'a jamais expliqué avant d'aller en stages. En fait c'est du travail à faire quand on est en interne. C'est du travail supplémentaire pour l'interne. Nous on est pas préparé à faire une observation, un examen clinique. Une fois qu'on est en stages, on est forcé d'apprendre en stages. On devrait faire un peu plus avant d'aller en stage pour être un peu plus autonome. Le problème c'est que on ne se sent pas prêt pour être en stage. On manque beaucoup de choses. L'interne le fait. C'est pourquoi en travaillant avant et un peu mieux avant d'aller en stages faire un examen clinique, faire une observation, synthétiser un dossier et faire une lettre au médecin traitant pour aider l'interne et si on fait ça bien c'est plus productif	
Interviewer	Cela veut dire quand tu arrives en stages. Tu ne connais rien.	
Étudiant	Exactement tu arrives, tu ne sais rien faire. Et ça c'est triste. On ne profite pas assez, on est toujours obligé de demander c'est assez stressant.	
Interviewer	Tu penses qu'est-ce qu'il faudrait faire pour résoudre cela?	
Étudiant	Ce qu'on a fait à Angers c'est vraiment bon. Les étudiants de 4 ^e 5 ^e 6 ^e année encadrent par petits groupes de 5 les étudiants de 2 ^e et 3 ^e année. Ils sont entraînés une dizaine de fois avant d'aller en stages. Ça c'est très bien. Parce que les profs, on a pas assez de profs. En faculté de	

	médecine il n'y a pas assez de profs pour former les étudiants par petits groupes. Les profs ce qu'ils font ils vont former par petits groupes de relais les plus vieux et les plus vieux vont s'occuper des plus jeunes. Et vont les encadrer en petits groupes de 5. Ce qui manque c'est s,entraîner à rédiger des observations tout ça. Mener des interrogatoires.	
Interviewer	Les 5 ^e et 6 ^e années ne sont pas des internes?	
Étudiant	Ce ne sont pas les internes. Il y a quelques internes qui font ça aussi.	
Interviewer	Quand vous êtes formé par les 5 ^e et 6 ^e années, est-ce que tu penses que vous êtes bien formés? Parce que c'est l'interne qui doit vous former?	
Étudiant	C'est normalement le professeur de médecine qui doit nous former. C'est mieux que rien parce que le problème s'il n'y a pas de 5 ^e et 6 ^e année de médecine pour nous former il n'y a personne. C'est le problème en fait. Les profs ne peuvent pas faire ça, ils n'ont pas le temps de le faire.	
Interviewer	Et pourquoi tu penses que le professeur ne peut pas le faire?	
Étudiant	Et déjà il y a beaucoup de profs qui sautent. Déjà pour faire des cours théoriques ils ne sont pas là. Et ça leur demande beaucoup d'heures de cours. C'est pas possible. Parce que quand on a des professeurs de médecine, il faut faire recherche, il faut faire l'enseignement, il faut encadrer le service de médecine, c'est très difficile à faire tout ça. Il faudrait beaucoup plus de profs pour faire cela. Imaginer un peu un prof pour 5 étudiants, il faudrait au moins 40 profs.	
Interviewer	Cela voudrait dire qu'il y a manque de professeurs?	
Étudiant	Oui il y a manque de professeurs.	
Interviewer	Pourquoi parce qu'il y a beaucoup qui vont à la retraite, c'est ça?	
Étudiant	Oui mais il y a quelques choses qui s'est passé en France. Il y a beaucoup d'étudiants en médecine. Il y a trois fois plus d'étudiants en médecine qu'avant. Donc les profs ne peuvent plus faire des encadrements comme cela. Mais après les 4 ^e , 5 ^e et 6 ^e années de médecine qui forment les 2 ^e et 3 ^e années de médecine c'est très bien. En enseignant ils comprennent aussi. Ils gagnent. Ils sont obligés de travailler pour répondre aux questions. Le prof il sait déjà tout ça. Les 5 ^e et 6 ^e années. je pense que c'est très bien qu'ils le fassent.	
Interviewer	Que penses-tu du jumelage internes et étudiants en médecine?	
Étudiant	Moi c'est bien.	
Interviewer	C'est possible ici où il y a toujours peu d'internes?	
Étudiant	Je pense que s'il y en avait un ou deux ça devait être bien. Plus c'est difficile	
Interviewer	Est-ce qu'il y a un cas par exemple que tu as eu et ça était difficile pour toi de pouvoir gérer parce que tu n'avais pas de bases théoriques?	

Étudiant	Je n'ai pas eu de problème grave. Donc mais c'est se sentir pas très utile. C'est toujours quand il faut rédiger quelque chose, quand il faut faire un examen clinique. C'est juste pour ça. C'est pas grave. Il n'y a pas eu personne qui est morte.	
Interviewer	Tu as appris à faire l'examen clinique où à l'école ou en théorie ou en stage?	
Étudiant	Surtout en stages. Mais on le maîtrise tard après deux semaines ou trois semaines.	
Interviewer	Pourquoi? Parce qu'il n'y a pas de cours théorique sur ça?	
Étudiant	Oui. En fait pour maîtriser il faut s'entraîner plein de fois. Dans nos cours soit il faut le faire tout seul ou avec un copain ou s'entraîner sur un lit dans un appartement. On a pas forcément le matériel qu'il faut. Et en cours on le fait une fois en fait. Et ce qui a changé maintenant c'est que les 4 ^e 5 ^e années encadrent des séances plus régulières et là on dit ce que tu fais c'est pas bien. Tu as oublié ça tu as oublié ça.	
Interviewer	Est-ce que les étudiants de 4 ^e années se sentent en confiance? Ou est-ce qu'ils veulent beaucoup plus autre chose que cet encadrement par les 6 ^e années.	
Étudiant	Ils veulent se faire former directement par les médecins. Les 6 ^e années encadrent les plus jeunes et ils sont en séances spéciales pour eux même progresser devient encore meilleur. Les profs vont former les 4 ^e 5 ^e et 6 ^e années pour que les 4 ^e 5 ^e et 6 ^e années forment, ils ne forment pas tous les 4 ^e 5 ^e 6 ^e années il y a que quelques uns soit 60 sur 500 et les 60 vont encadrer les plus jeunes. Ils deviennent meilleurs médecins encore. Tout le monde voudrait ça mais c'est pas possible.	
Interviewer	Bon quand par exemple tu vois les internes par exemple. Un interne de médecine générale et un interne de spécialité. Est-ce que c'est la même considération ou bien. Ou est-ce qu'il y a quelqu'un qui dit je suis plus interne que toi ou bien.	
Étudiant	Je ne suis pas interne. Mais je ne l'ai pas ressenti.	
Interviewer	Dans la littérature, il est dit que l'engagement en médecine générale c'est une perte d'intelligence. Toi tu penses que quoi?	
Étudiant	Le plus dur c'est la médecine générale.	
Interviewer	Mais là tu as moins de considération	
Étudiant	Oui tu as moins de considération que les autres médecins. Mais n'empêche que c'est plus dur quant même. C'est beaucoup plus difficile parce qu'il y a beaucoup plus de psychologie. Il y a beaucoup plus de maladies psychosomatiques que le spécialiste voit forcément.	
Interviewer	Mais tu es moins payé qu'un spécialiste alors que tu vois beaucoup de choses. Ça veut dire qu'il y a moins de généralistes que de spécialistes	
Étudiant	C'est moins intéressant quoi. Parce qu'on est moins considéré, on est pas bien payé, mais	
Interviewer	Toi tu feras quoi comme spécialité	

Étudiant	Moi je ne sais pas trop. Moi ce que j'ai envie de faire c'est pouvoir faire les choses sans trop de technologies par exemple faire ce qui est suture, ça me plaît beaucoup, j'aimerais aussi être formé en hypnose, en thérapie manuelle, en ostéopathie et en acupuncture. Comme ça si demain il n'y a pas de médicament. Je pense quand même faire des choses. Si je suis en dehors d'un hôpital, si je suis tout seul, donc c'est soigner certaines maladies. Si je suis médecin généraliste je n'aurais que les médicaments pour m'aider. J'ai rien d'autre. Pareil si je suis médecin spécialiste je n'ai que de médicament. Je n'ai que les technologies qui coûtent chers. Moi j'aimerais bien voyager à travers le monde pour exercer la médecine. Il faut que je puisse faire des choses, il faut que je puisse faire partout moi j'ai toujours mes mains pour faire l'acupuncture ou la thérapie manuelle pour soigner certaines maladies. Par exemple chirurgien je ne peux pas le faire n'importe où. Lutter contre le cancer je ne peux pas le faire n'importe où. Je vais au Ghana l'année prochaine. Il n'y a pas de services pour le cancer. Là j'espère faire des choses. Faire des sutures, faire	
Interviewer	Quand tu vas au Ghana est-ce que tu vas rencontrer un médecin qui va te former sur place et tu es sûr qu'il va te former parce que c'est deux côtés différents. Est-ce que tu es sûr que ce que tu vas recevoir là-bas va t'aider ici.	
Étudiant	Mais de là ça dépend de ce que je veux faire. Moi je n'ai pas envie de faire une spécialité médicale très pointue. Le cancer tout ça ça ne m'intéresse pas. Les IRM tout ça ça ne m'intéresse pas. Moi ce que j'aime bien c'est de faire la médecine qui ne coûte pas cher. Parce que la médecine qui coûte cher ça ne va pas durer très longtemps. Avec les problèmes économiques qui viennent ça va être compliqué. Et bon là-bas si je peux me former à faire de très très bons examens cliniques, les diagnostics sans les imageries je pense que oui ça m'aidera ici.	
Interviewer	Quand tu seras là-bas tu vas travailler par rapport à la théorie que tu as reçue ici ou bien ou alors tu vas t'adapter par rapport au contexte.	
Étudiant	Je vais m'adapter	
Interviewer	Mais tu pourras faire des erreurs parce que si par exemple si on prend un cas par exemple de plaies tu as appris à gérer les plaies ici seulement le matériel qui est ici n'est pas là-bas. Mais quand même la théorie que tu as reçue ici est la meilleure théorie par rapport à celle que tu as reçue là-bas. Comment vas-tu faire pour pouvoir gérer ça.	
Étudiant	C'est le temps d'adaptation. Il faudra que je voie c'est quoi les habitudes. Les principes sont les mêmes même si on n'utilise pas les mêmes produits. Les principes sont les mêmes même sur les maladies. Peut-être que là-bas je n'aurais pas le traitement pour soigner et même l'imagerie. Pour être sûr que c'est le bon diagnostic mais toute la démarche ça sera la même. La démarche clinique l'interrogatoire tout	

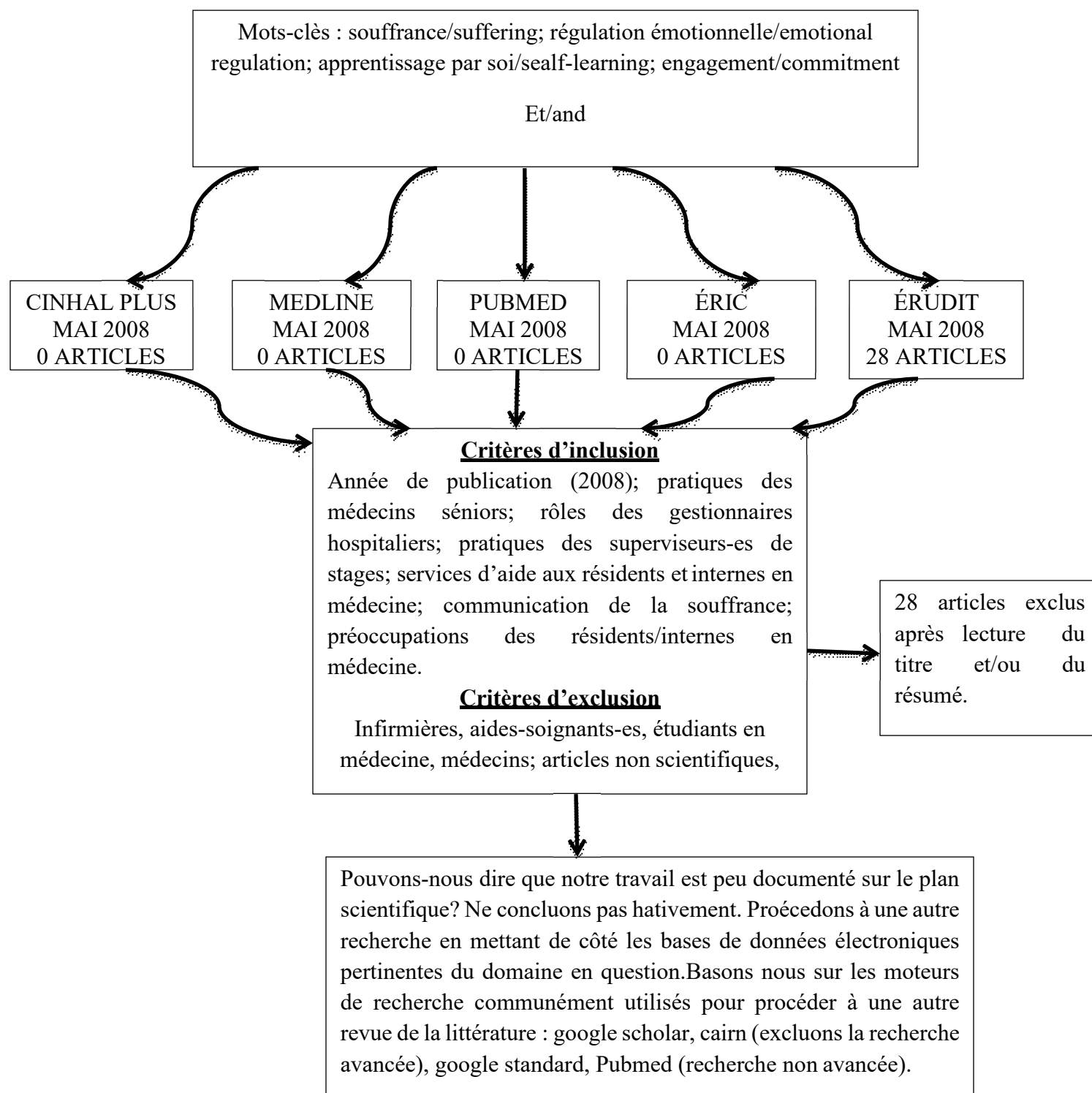
	ça ça sera la même. Les traitements ne sera pas le mêmes mais il faudra demander sur place c'est comme si je suis toujours encadrer. C'est comme si j'étais externe.	
Interviewer	Quand tu sera là bas tu vas te comporter comme médecin qui vient apprendre ou qui vient observer?	
Étudiant	Comment?	
Interviewer	Quand tu seras là bas tu vas te comporter comme une personne qui vient apprendre ou bien comme une personne qui connaît qui vient vérifier ses compétences	
Étudiant	Qui vient apprendre. Non je viens pour apprendre. Ça c'est clair. Nous ne sommes pas prêts à gérer. Même si ce sont les africains. Non je viens pour apprendre.	
Interviewer	Bon bon quand tu auras appris est ce cela va t'aider dans ta pratique ici?	
Étudiant	Oui.	
Interviewer	Comment?	
Étudiant	Je vais continuer de voir des maladies. Je vais continuer de voir des patients. De voir des maladies. Tout ça c'est pareil. La démarche est la même. Même si on a pas les mêmes technologies pour faire la confirmation du diagnostic pour être sur sur hein mais la démarche est la même. En France pour faire un diagnostic il faut faire un IRM on a une démarche d'interrogatoire d'observation de faire les examens cliniques fiables. Après on propose un traitement, on fait une démarche. L'approche quand on est externe surtout au début c'est d'apprendre toute la démarche au début. Et on fait l'examen clinique après. Et surtout quand on est médecin généraliste, l'irm on ne le fera pas comme ça. Ça va m'aider c'est sur parce que je vais continuer à m'entraîner pareil.	
Interviewer	Quand tu vas aller là tu vas te coller à un médecin ou bien tu vas te coller à un infirmier pour apprendre.	
Étudiant	Je vais me coller à un médecin.	
Interviewer	Donc tu vas dire que les infirmiers ne pourront rien t'apprendre?	
Étudiant	Si si bon en fait . là bas je suis surveillé par un médecin. Bon après si j'envie de faire un peu de travail d'infirmiers, si si.	
Interviewer	Est-ce que le médecin qui est là connaît comment cela se passe ici?	
Étudiant	Je ne sais pas.	
Interviewer	Il est formé ou là ou	
Étudiant	Il est formé là bas.	
Interviewer	Bon tu penses que ça va bien t'aider ou bien	
Étudiant	Si. Si je ne pensais pas je n'irais pas. Je suis sur que ça va m'aider.	
Interviewer	Comment ton stage de 4 ^e année va t'aider à faire ton choix de spécialisation?	
Étudiant	C'est en faisant. En se disant c'est sympa. En voyant et en faisant.	

Interviewer	Comment cela va t'aider? Comment cela va t'attirer? Il y a par exemple ceux qui font stage par exemple en 4 ^e année il devient chirurgien parce qu'il est passé par un stage de chirurgie. Bon pour toi comment cela va t'aider.	
Étudiant	Bon c'est en faisant . bon par exemple cette semaine j'étais chez un médecin qui a opéré un cancer proche de l'oreille. Lui il a découpé le cancer de la peau et moi j'ai suturé d'ailleurs. Et j'ai trouvé ça super sympa. Et la semaine prochaine c'est moi qui enlève le cancer et c'est moi qui suture. C'est en faisant qu'on en a envie de continuer. On dit et bien voilà. C'est en faisant que c'est sympa. Je serai triste si je disais	
Interviewer	Est-ce que tous les internes font les soins? Ou bien est-ce qu'il y a d'autres qui ne font rien?	
Étudiant	Oui ils ne font rien.	
Interviewer	Pendant tous les 6ans, ils ne font rien?	
Étudiant	En fait si on ne veut pas travailler on nous laisse tranquille. En fait il faut se battre pour pouvoir faire des choses. Si on ne se bat pas on ne pourra rien faire.	
Interviewer	Et tu penses quel pourrait être l'inconvénient quand tu ne fais rien.	
Étudiant	L'inconvénient c'est que on est pas bon médecin. On ne fait pas de choses intéressantes. On ne devient pas médecin.	
Interviewer	Mais lui il prend du temps pour préparer son concours d'internat?	
Étudiant	Oui bien sûr je suis d'accord. Mais il y a des choses qu'on apprend qu'en stage. On parle avec les gens. On les rassure. Comment on fait l'examen clinique. On ne l'apprend pas en théorie. Il faut s'entraîner. Comment on va perfuser comment on va suturer il faut le faire sinon sinon c'est pas sympa.	
Interviewer	Bon merci	

ANNEXE X

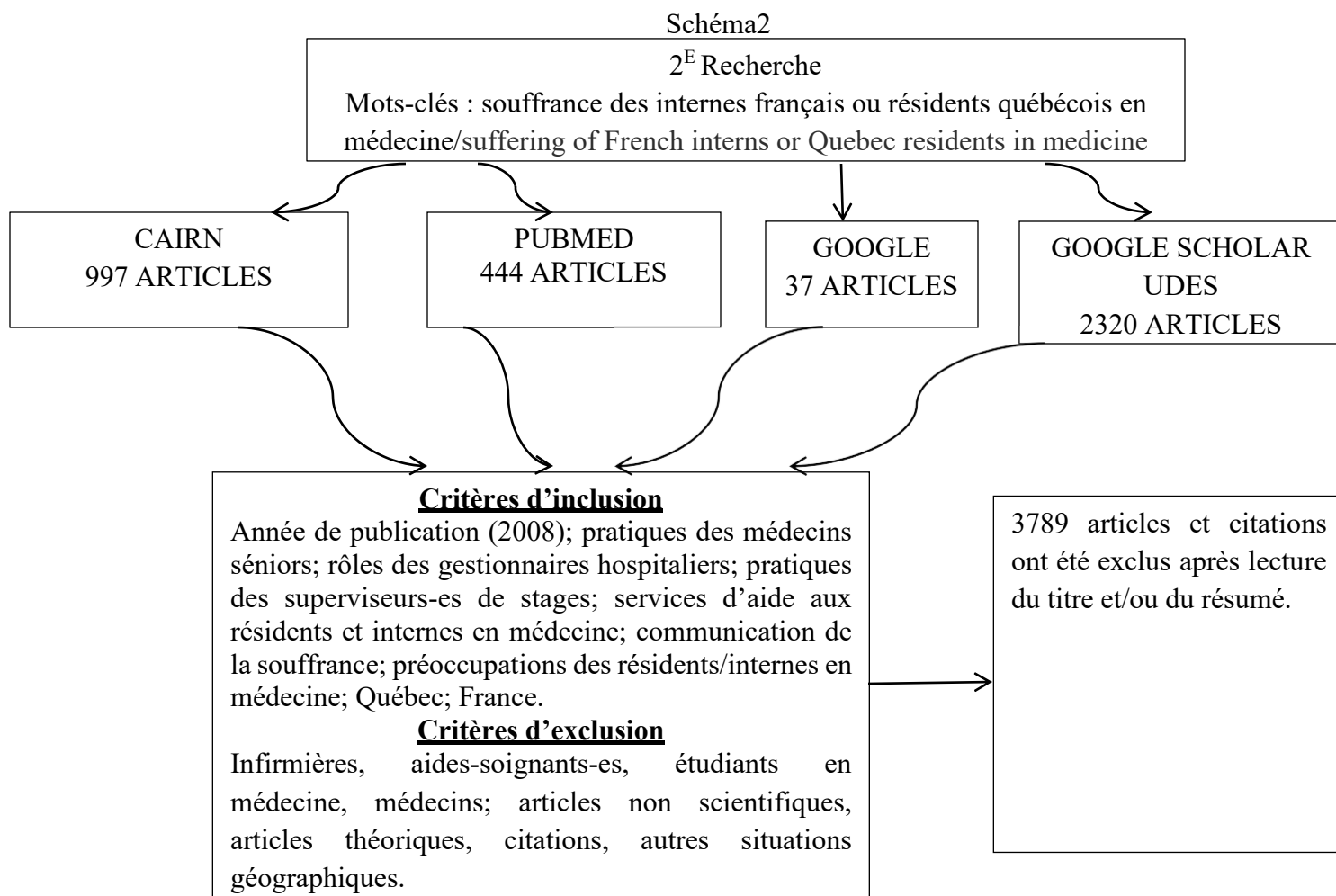
STRATÉGIE DE REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE NO.1

Schéma1



ANNEXE X1

STRATÉGIE DE REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE N0.2



9 articles ont été retenus à l'issue de la recherche électronique. Compte tenu de la pauvreté des résultats, nous avons été contraints d'ajouter 8 articles proposés par des pairs. Nous avons aussi inclus 2 entretiens (celui d'Éva, médecin senior-e et celui d'Élvine, résidente en médecine). Enfin, nous avons considéré l'entretien exploratoire mené auprès d'un responsable du service d'aide aux étudiants en médecine en souffrance de l'Université de Montréal (I. Duchesnay, communication personnelle, 23 août 2019). 2 articles datés de 1993 et 1997 ont été explicitement inclus dans l'étude, ceci pour la richesse de leur contenu.

ANNEXE X2

LISTE NON EXHAUSTIVE DE TRAVAUX RETENUS

- Association canadienne d'éducation de langue française. (2006). *Cadre d'orientation en construction identitaire. Pour ouvrir un dialogue et élaborer ensemble notre vision*. Repéré le 20 mars 2020 à http://www.acelf.ca/c/fichiers/ACELF_Cadre-orientation.pdf[archive].
- Astolfi, J.-P. (2005). Prendre le parti des savoirs. Dans J.-P. Astolfi (dir.), *Savoirs en action et acteurs de la formation* (pp.247-265). Rouen et Havre, France : Presses Universitaires de Rouen et Havre.
- Audet, N., Lussier, M.-T, Rose, D.B. et Pontbriand, F. (2011). *Guide de travail académique de résidence. Résidents 1 en médecine familiale*. Université de Montréal. Repéré le 1 janvier 2018 à <https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/guide-du-travail-erudition.pdf>.
- Bouckaert, B. (1995). Nathalie Zaccai-Reyners, le monde de la vie. I. Dilthey et Husserl. *Revue philosophique de Louvain*, 3, 442-444.
- Bourdieu, P. (1979). *La distinction : critique sociale du jugement*. Paris, France : Éditions de Minuit.
- Cavaco, C. et Presse, M.-C. (2013). Formation expérientielle. Dans A. Jorro (dir.), *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (pp.127-130). Bruxelles, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Delbrouck, M. (2008). La situation des étudiants en médecine. Dans M. Delbrouck (dir.), *Le burnout du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel*. Bruxelles, Belgique : De Boeck Université.
- DOMINGO P., « Logiques d'usage des stages sous statut scolaire », dans *Formation Emploi*, 79, 2002, p. 67-81.
- Foucras, Ph. (2006). La résistance des soignants. *Éthique publique*, 8(2), 1-11.
- Frank, J.R., Snell, L., Sherbino, J. et Boucher, A. (2015). *Référentiel de compétences. CanMeds 2015 pour les médecins*. Repéré le 6 décembre 2019 à http://canmeds.royalcollege.ca/uploads/fr/cadre/CanMEDS%202015%20Framework_FR_Reduced.pdf.

- Gagnon, C., Mazalon, É. et Rousseau, A. (2010). Fondements et pratique de l'alternance en formation à l'enseignement professionnel : quelques données de recherches autour de l'élaboration et la mise en œuvre à l'Université de Sherbrooke. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 13(1), 21-41.
- Galam, É. et Multon, R. (2016). Désaccords entre internes de médecine générale et seniors sur les soins aux patients. Gestion et impacts sur le hidden curriculum. Étude qualitative de 37 situations en Île-de-France. *Presse Med*, 45, 39-50.
- Galvani, P. (2019). *L'écoformation et l'étude réflexive des pratiques nouvelles de relation à l'environnement*. Repéré le 1 décembre 2018 à https://centrere.uqam.ca/wp-content/uploads/2014/02/1.2_Galvani_CentreERE_resume_et_bibliographie_ecoformatio_n.pdf.
- Giroux, M., Saucier, D., Cameron, C. et Rheault, C. (2016). La position d'apprentissage. Un incontournable pour le développement des compétences. *Le médecin de famille canadien*, 62, 86-89.
- Gramain, P. (2013). Au temps de la Société Royale de médecine. *Médecine/sciences*, 29, 656-663.
- Service de Pédagogie Universitaire de l'Université de Namur. (1999). L'apprentissage par problème. *Réseau* 44, 1-6.
- Kaddouri, M. (1994). Paque : l'alternance et ses modalités. *Actualité de la formation permanente*, 130, 89-98.
- Koch, N. (2019). L'importance du rapport Flexner pour la formation médicale. *Bulletin des médecins suisses*, 100(1-2), 24-27.
- Labruyère, C. et Simon, V. (2014). L'alternance intégrative, de la théorie à la pratique. *Bref du Céreq*, 328, 1-4.
- Lacasse, M., Audétat, M.-C., Fon, N. C., Dufour, M.-H., Laferrière, M.-C., Lafleur, A., La Rue, É., Lee, S., Nendaz, M., Paquette Raynard, E., Simard, C., Steinert, C. et Théorêt, J. (2019). Interventions for undergraduate and postgraduate medical learners with academic difficulties: A BEME systematic review: BEME Guide No.56. *Medical Teacher*, 41(9), 981-1001.

- Landry, C. (1992). *Les relations interorganisationnelles dans la formation en alternance pour des jeunes adultes*. (Thèse de doctorat en éducation inédite), Université de Montréal.
- Lebel, C., Van Nieuwenhoven, C., Colognes, S. et Bélair, L.M. (2019). Le travail d'accompagnement des formateurs de stagiaires dans l'enseignement supérieur: perspectives compréhensives et modalités de mise en place. *Phronesis*, 8(1-2), 1-4.
- Long, S. (2019, 3 octobre). *Épuisés et « dépassés », tous les internes des urgences de Mulhouse en arrêt de travail*. Repéré le 20 janvier 2019 à <https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/conditions-de-travail/epuises-et-depasses-tous-les-internes-des-urgences-de-mulhouse-en-arret-de-travail>.
- Malglaive, G. et Weber, A. (1983). École et entreprise : intérêt et limites de l'alternance en pédagogie. *Revue française de pédagogie*, 62, 51-64.
- Marchesseau, P. (2019). Dire ou ne pas dire sa souffrance : le cas des médecins et des infirmiers. Mémoire de maîtrise en éducation inédit, Université Catholique de l'Ouest.
- Morice-Ramat, A. (2015). *Approche psychométrique de l'empathie, de la résilience et de la maîtrise émotionnelle* (mémoire de fin d'études pour l'obtention du DES de médecine générale). Université de Nantes, France.
- Martos, S. (2017, 31 juin). *24 % des futurs médecins ont eu des idées suicidaires : internes et carabins tirent la sonnette d'alarme*. Repéré à <https://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/etudes-medicales/24-des-futurs-medecins-ont-eu-des-idees-suicidaires-internes-et-carabins-tirent-la-sonnette-dalarme>.
- Maubant, Ph. et Roger, L. (2014). L'alternance en formation, une figure de la pédagogie. *Éducation et francophonie*, 42(1), 10-21.
- Maubant, ph. (2013). Alternance. Dans A. Jorro, *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (pp.29-32). Bruxelles, Belgique : De Boeck supérieur.
- Maubant, P. (2007). Penser l'alternance comme logique de professionnalisation des enseignants. Dans F. Merhan, C., Ronveaux et S. Vanhulle (dir.), *Alternances en formation* (p. 67-82). Bruxelles : De Boeck.
- Mayen, P. et Mayeux, C. (2003). Expérience et formation. *Savoirs*, 1, 13-53.
- Mayen, P. (2013). Expérience professionnelle. Dans A. Jorro (dir.), *Dictionnaire des concepts de*

- la professionnalisation* (pp.121-125). Bruxelles, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Mazalon, É. et Landry, C. (1998). L'alternance au Québec, une idée ancienne pour de nouvelles pratiques de formation. *Cahiers de la recherche en éducation*, 5(1), 93-116.
- Michelon, L. et Sitter, A.-S. (2016). *Autoformation : représentations et pratique des internes de médecine des internes de médecine générale lyonnais* (Thèse d'exercice en médecine générale inédite). Université Claude Bernard Lyon 1, France.
- Nigg, J. T. (2017). Annual Research Review: On the relations among self-regulation, self-control, executive functioning, effortful control, cognitive control, impulsivity, risk-taking, and inhibition for developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(4), 361-383.
- Palheta, U. (2010). L'apprentissage compagnonnique aujourd'hui entre résistance à la forme scolaire et transmission du « métier ». *Sociétés contemporaines*, 77, 57-85.
- Pentecouteau, H. (2012). L'alternance dans une formation professionnelle universitaire. De l'idéal épistémologique aux contradictions pédagogiques. *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur*, 28(1), 1-13.
- Perrenoud, Ph. (1993). Curriculum : le formel, le réel, le caché. Dans J. Houssaye (dir.), *La pédagogie : une encyclopédie pour aujourd'hui* (pp.61-76). Paris, France : ESF
- Scallon, G. (2004). *L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences*. Montréal, Québec : Éditions du Renouveau pédagogique
- Sheila, B., Brodeur, A.-M., Brunet, N., Imbeault, B. et Messier, M. (2007). Situations d'apprentissage et d'évaluation. Montréal, Québec : Publications du Gouvernement du Québec. Repéré le 1 janvier 2020 à http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/education/jeunes/pfeq/R_PD_PFEQ_ILSS-sec_SAE.pdf
- Sylvestre-Panthet, I. (2016). *Alternance et auto-formation accompagnée. Contribution à l'étude des pratiques d'accompagnement pour les jeunes en formation par alternance* (mémoire de fin d'études en sciences de l'éducation), Université François-Rabelais, Tours.
- Tardif, J. (1997). La construction des connaissances. *Pédagogie collégiale*, 11(2), 14-19.
- Tchandem Kamgang, A.C. (2018, 27 février). *Tous épuisés, infirmiers comme médecins*

résidents : le système de santé québécois à l'agonie? Repéré à <https://www.rcinet.ca/fr/2018/02/27/tous-epuises-infirmiers-comme-medecins-residents-le-systeme-de-sante-quebécois-a-lagonie%E2%80%89/>.

Touraine, A. (1955). *Sociologie de l'action*. Paris, France : Éditions du Seuil.

West, CP. et Shanafelt, T.D.(2007). The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education. *Medical Education*, 29(7). Repéré le 22 janvier 2017 à <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-7-29>.

Wittorski, R. (2008). La professionnalisation. *Savoirs*, 17, 9-36.

Wittorski, R. (2009). À propos de la professionnalisation. Dans J.M. Barbier, É.Bourgeois, G. Chapelle et J.C. Ruano-Borbalan (dir.), *Encyclopédie de l'éducation et de la formation* (pp.781-793). Paris, France : Presse Universitaire de France.

ANNEXE Y

DISTINCTION ENTRE MÉTHODOLOGIE ET MÉTHODE, DIFFÉRENCE ENTRE LA THÉORIE ANCRÉE ET LA THÉORISATION ANCRÉE,

Il existe une différence entre la méthodologie de la recherche et la méthode de recherche (Aktouf, 1997). La méthodologie est de l'ordre du processus, du déroulement d'un ensemble d'actions ou d'étapes à suivre par l'auteur pour mener à bien l'élaboration de son projet de recherche alors que la méthode, de l'ordre du chemin, de la voie empruntée (ou à emprunter) par le chercheur tout au long de ce processus. En ce sens, la méthode est incluse dans la méthodologie puisqu'il ne suffit pas de connaître les méthodes, « encore faut-il savoir les utiliser comme il se doit, c'est-à-dire savoir comment les adapter, le plus rigoureusement possible, d'une part à l'objet précis de la recherche ou de l'étude envisagée, et d'autre part aux objectifs poursuivis » (Ibid., p.27). Plus encore si nous analysons cette acception d'Aktouf (1997), nous constatons que ce soit la méthodologie ou la méthode, elles s'inscrivent dans l'itinéraire de la recherche.

Paillé (1994) voudrait départir la théorisation ancrée de la théorie ancrée ou *grounded theory*. Tout d'abord au niveau de la méthode. Alors que la théorie ancrée est une stratégie générale de recherche au même titre que l'ethnographie, la phénoménologie, la théorisation ancrée se veut une méthode d'analyse de données. En d'autres termes, le seul fait d'écrire *grounded theory* dans un protocole de recherche amène le-la lecteur-trice à classer la proposition de recherche dans un registre d'ordre qualitatif. L'analyse par théorisation ancrée aussi. Mais la différence se situe au niveau de la procédure et de l'ambition. Pendant que la *grounded theory* se limite au niveau des codages multiples c'est-à-dire à une compression multiple de données pour faire émerger des catégories conceptuelles pour enfin faire émerger une théorie devant expliquer le comportement

humain confronté à un phénomène donné, la théorisation ancrée procède plutôt par théorisation c'est-à-dire par une succession d'étapes bien identifiées non exclusives les unes des autres et concourant à la construction progressive théorisante. Le tableau 1 ci-dessous reprend ce que nous venons de dire.

Tableau 1
Différenciation entre théorisation ancrée et théorie ancrée

Théorisation ancrée	<i>Grounded theory</i> ou théorie ancrée
Méthode d'analyse de données (autonomie théorique et technique)	Stratégie générale de recherche
Objectif de théorisation (moins ambitieuse, plus généralisé).	Objectif de production d'une théorie
Composée d'opérations conduisant à la construction théorisante	Composée de codages multiples (codage ouvert, codage axial, codage sélectif, codage du processus) (Strauss et Corbin, 2004).

Tiré de Méliani (2013, p.438).

ANNEXE Z

RETOURS DES PERSONNES INTERVIEWÉES SUR LE RAPPORT FINAL

William	<p>Bonjour François Xavier,</p> <p>J'ai trouvé ça un peu aride de commencer la lecture comme ça sans introduction, mais sinon l'analyse me semble intéressante. Le schéma me paraît trop chargé pour l'interpréter mais l'analyse en version textuelle me semble généralement juste.</p> <p>J'aurais par contre deux points importants sur lesquels te pencher avant de partager ces données avec qui que ce soit, y compris sous forme de thèse ou de publication:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Il faudrait qu'une personne ayant de l'expérience en transcription repasse sur les citations. J'ai remarqué plusieurs phrases qui n'avaient tout simplement pas de sens, et des erreurs de transcriptions assez flagrantes de mon point de vue. 2. Surtout, il faut absolument faire quelque chose concernant les informations permettant l'identification des participants. Je n'ai pas eu l'impression que mon droit à la confidentialité était complètement respecté en lisant les citations qui me concerne. Dans plusieurs cas, il aurait été facile d'enlever des passages qui donnent trop d'information, ou de maquiller l'information (ex: genre des personnages) pour protéger la confidentialité. S'il te plaît, demande à une personne ayant de l'expérience en recherche qualitative de travailler avec toi pour modifier les citations d'une façon qui protège mieux la confidentialité des participants. <p>Je reste disponible si tu as des questions!</p>
Élvine	<p>Bonjour,</p> <p>Merci pour cet envoi.</p> <p>J'ai survolé le document. Je me rends bien compte que mon accent a dû causer bien des soucis. Plusieurs de mes verbatim ne font aucun sens tel quel, à mon avis. J'arrive à en reconstruire le sens de mémoire, et en lisant la phonétique. L'absence de ponctuation n'aide pas j'imagine...</p> <p>Par exemple : : « il y a des superviseurs qui ne nous connaissent pas eux ont la responsabilité d'un patient. Ils ne connaissent pas notre bagage ce qu'on est bon à</p>

	<p>faire. Je comprends qu'ils ont envie de nous surveiller parce que si on fait n'importe quoi je il a raison de lui faire confiance je t-il a raison de lui confier mon patient ». p.104</p> <p>Devrait plutôt se lire : « il y a les superviseurs qui ne nous connaissent pas, et c'est eux qui ont la responsabilité du patient. Ils ne connaissent pas notre bagage, ce qu'on est bon à faire. Je comprends qu'ils ont envie de nous surveiller, au cas ou on fait n'importe quoi... [Ils doivent se demander :] Aie-je raison de lui faire confiance ? Aie-je raison de lui confier mon patient ? ».</p> <p>Évidemment, repasser à travers tout le verbatim prendrais beaucoup plus de temps que je peux vous en offrir... mais si vous avez des questions sur des phrases spécifiques je peux sans doute faire des précisions. D'un autre côté, l'analyse est déjà faite donc... peut etre est ce peu utile.</p> <p>Je n'aurais qu'une seule demande : je trouve qu le paragraphe concernant mes motivations d'aller en médecine m'identifie trop... en fait simplement la partie concernant le cegep et les sciences humaines. Est-il possible de le retirer? (« Au Cégep, Élvine était intéressée autant par les sciences de la nature avec la réflexion analytique que par les sciences humaines. ») Je crois que cela ne changerai en rien l'interprétation. Il suffit de dire que ce choix de carrière était tardif et que le contact humain était important.</p> <p>Merci, Je vous souhaite bonne chance pour la suite.</p>
Emma	<p>Bonjour,</p> <p>Pas de soucis pour votre publication et bon courage!</p> <p>Envoyé depuis mon mobile Orange</p>
Marjolaine	<p>rebonjour,</p> <p>tu m'as laissée très peu de temps.</p> <p>Petites remarques, tu ne devais pas parler <u>de mon épilepsie</u> dans le schéma 30: je te laisse supprimer cela mais tu peux remplacer par une maladie également congénitale qui aurait pu être un handicap similaire (comme cardiopathie congénitale...)</p>

je t'avais dit de ne pas mentionner le suicide de mon père, ce que tu as pourtant fait pages 37, 62, 66 mais ce n'est pas une donnée identifiante car personne connaît mon histoire personnelle en dehors de l'épilepsie que je n'ai pas pu cachée=>tu peux laisser.

C'est fort dommage que tu gardes la ville d'Angers, comme je t'ai dit je suis la seule interne à être passée de la psychiatrie à la santé publique mais j'en conviens pour les autres internes qui y sont.

je te serai reconnaissante si tu pouvais ne pas mentionner la santé publique comme ma nouvelle discipline (exemple médecine du travail).

il est possible que je reste sur Angers pour mon métier, donc s'il te plait enlève santé publique.

sinon le reste est bien ! tu m'aurai interrogée aujourd'hui, je ne répondrai pas de la même façon, j'ai pris bcp de recul et de sagesse depuis. heureusement.

Quand soutiens-tu?

Bon courage !